Rok L. Kraków, dnia 18. listopada 1911. Nr 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki medycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie.
Dyrektor Prof. Dr W. Jaworski.

Szybki sposób oznaczania ciśnienia osmotycznego i ilości białka w moczu.

Podali

Dr A. Edelman i Dr J. Kostrzewski.

Metoda nasza oparta jest na hemolizie. Znaną jest rzeczą, że krwinki czerwone utrzymują się tylko w płynach izotonicznych. W płynach anizotonicznych ulegają zmianom; i tak w płynach hypotonicznych ulegają one rozpuszczeniu — hemolizie.

Odróżnić zawiesinę krwinek od krwinek rozpuszczonych jest łatwo i dlatego hemoliza jest znakomitym i czułym wskaźnikiem stosunków osmotycznych otoczenia, w którem się znajdują. Ten szczegół wyzyskaliśmy dla naszej metody.

Mocz stanowi płyn o pewnem ciśnieniu osmotycznem, pochodzącem od składników organicznych i nieorganicznych. Ciśnienie osmotyczne moczu ludzi zdrowych, oznaczane kryoskopem, waha się w granicach od 0·08° C. do 3·5° C. (Koranyi).

Wyrazem ilości stałych składników moczu jest jego ciężar właściwy. Według Sahliego między ciężarem właściwym, a ciśnieniem osmotycznem zachodzi stały stosunek tak, że znając ciężar właściwy danego moczu, zdajemy sobie mniej więcej sprawę z ciśnienia osmotycznego, jakie ten mocz przedstawia. (Bugarsky starał się nawet ten stosunek między ciężarem właściwym a ciśnieniem osmotycznem ująć w formułkę matematyczną $\frac{\Delta}{s-1} = 75$, gdzie s jest ciężarem gatunkowym, z której łatwo obliczyć Δ = ciśnienie osmotyczne). Ale twierdzenie swe wypowiada Sahli z zastrzeżeniem, albowiem w moczach, zawierających białko, równoległość ta ulega zmianie, — niema tego stosunku między ciężarem właściwym, a ciśnieniem osmotycznem.

W moczu prawidłowym krwinki różnie się zachowują, zależnie od jego ciężaru właściwego, albowiem, jak wyżej powiedziano, między ciężarem właściwym a ciśnieniem osmotycznem zachodzi mniej więcej stały stosunek. Zupełnie zniesiony jest ten stosunek w moczach zawierających białko, które na ciśnienie osmotyczne prawie nie wpływa (10°/₀₀ białka obniża punkt marznięcia o 0·007° C.), ciężar zaś właściwy podnosi. Ciężar właściwy moczów prawidłowych waha się w granicach 1·002—1·035, najczęściej jednak wynosi 1·015—1·023.

Mocz prawidłowy o ciężarze gatunkowym 1·015—1·023 jest wobec krwinek czerwonych hypertonicznym. Rozcieńczając go wodą przekroploną, możemy uzyskać takie rozcieńczenie, w którem krwinki ulegają całkowitej hemolizie w ciągu jednej minuty. Tego stopnia rozcieńczeniem operujemy przy oznaczaniu ciśnienia osmotycznego i ilości białka w moczu.

Mocz prawidłowy, sprowadzony do wyżej określonej hypotonii, przedstawia ciężar gatunkowy 1·003,2 a jego Δ, jak przekonaliśmy się zapomocą kryoskopu, równa się — 0·45° C. Nic tedy łatwiejszego, jak pomnożyć — 0·45 przez ilość dokonanych rozcieńczeń, ażeby otrzymać ciśnienie osmotyczne moczu nierozcieńczonego. Np. mocz, który trzeba rozcieńczyć czterokrotnie, ażeby hemolizował całkowicie w ciągu jednej minuty ma ciśnienie osmotyczne $\Delta = 0{\cdot}45 \times 4 = 1{\cdot}80°$ C. Odnosi się to nietylko do moczów prawidłowych, lecz i do moczów zawierających białko, bo, jak wyżej zaznaczono, białko na ciśnienie osmotyczne nie wpływa.

Inaczej z ciężarem właściwym, albowiem jeżeli owo rozcieńczenie, hemolizujące krwinki, przedstawia w moczach prawidłowych ciężar właściwy 1,003,2, to w moczach zawierających białko zależnie od jego ilości jest on wyższym.

Z różnicy ciężaru właściwego moczu prawidłowego, sprowadzonego do określonej wyżej hypotonii i ciężaru właściwego takiegoż rozcieńczenia moczu zawierającego białko, odczytujemy ilość białka, mnożąc ową różnicę przez znaną empiryczną 2·33 lub też, dokładniej, oznaczając na wadze analitycznej różnicę między hemolizującemi rozcieńczeniami obu moczów. Zawsze bowiem w rozcieńczeniach hemolizujących różnica w ciężarze właściwym między moczem prawidłowym a zawierającym białko, sprowadzonymi do równego ciśnienia osmotycznego, przypada na białko, które nie zwiększając ciśnienia osmotycznego, podnosi ciężar właściwy danego moczu.

Ażeby z ciężaru właściwego, oznaczonego urometrem, odczytać ilość stałych składników danego moczu, należy ostatnie cyfry ciężaru gatunkowego pomnożyć przez empiryczną 2·33. Taksamo, ażeby otrzymać ilość białka, należy pomnożyć różnicę otrzymaną przez 2·33.

Jako illustracya niech posłuży przykład. Mocz prawidłowy o c. g. 1·015 rozcieńczyć musimy 4·7 razy, ażeby dawał całkowitą hemolizę w ciągu jednej minuty; 15 (ostatnia cyfra ciężaru gatunkowego) : 4·7 (ilość rozcieńczeń dokonanych) = 3·2 czyli ciężar gatunkowy rozcieńczenia hemolizującego równa się 1,003,2. Mocz zaś zawierający 5·1027‰ białka o ciężarze gatunkowym 1·015 trzeba rozcieńczyć tylko 2·7 razy, ażeby otrzymać całkowitą hemolizę, a ponieważ 15 : 2·8 = 5·39, więc różnica w ciężarach gatunkowych powyższych rozcieńczeń moczów 5·39 — 3·2 = 2·19. Tę różnicę należy pomnożyć przez empiryczną 2·33, ażeby otrzymać ilość białka w moczu drugim: 2·19 × 2·33 = 5·1027 w litrze czyli 5·1027‰ białka.

Jeżeli chcemy uniknąć operowania cyfrą empiryczną, jako daną niezupełnie ścisłą, możemy oznaczyć bezpośrednio różnicę na czułej wadze. W tym celu znowu sprowadzamy do znanej hypotonii mocz białkowy i mocz normalny i ważymy równe ilości, np. 10 cm³ jednego i drugiego moczu na wadze analitycznej. Okazuje się, że mocz białkowy przedstawia ciężar wyższy, niż bezbiałkowy, a różnica przypada właśnie na białko.

Np. 10 cm³ moczu A zawierającego białko, sprowadzonego do określonej hypotonii waży 9·883 gr. (ciepłota pokojowa). 10 zaś cm³ moczu prawidłowego, również drogą hemolizy sprowadzonego do powyższej hypotonii waży 9·837 gr. Różnica A—B = 0·046 czyli 10 cm³ moczu A zawiera 0·046 gr. białka, 1000 cm³ tego moczu 4·6 czyli 4·6‰ białka.

Nie wdając się na tem miejscu w tłómaczenie mechanizmu hemolizy, musimy zaznaczyć, że w moczu stale otrzymywaliśmy hemolizę całkowitą przy rozcieńczeniu, którego ciśnienie osmotyczne, oznaczane przyrządem Beckmanna, wynosiło — 0·45° C., że więc istnieje równoległość między ciśnieniem osmotycznem moczu, a jego hemolizującem rozcieńczeniem.

Wbrew temu, czego się spodziewał Hamburger (Osmotischer Druck und Jonenlehre), że hemolizą da się zastąpić oznaczanie przewodnictwa elektrycznego płynów, nasze badania dotychczasowe w tym kierunku nie wykazały równoległości między przewodnictwem elektrycznem a hemolizą. Ale o tych badaniach szczegółowiej na innem miejscu.

Technikę staraliśmy się tak uprościć, ażeby badanie stało się dostępnem każdemu lekarzowi nawet w jego prywatnej pracowni.

Do wykonania badania potrzebne są probówki objętości 3 cm³, pipeta dobrze kalibrowana, krwinki wołu, o które nietrudno w każdej rzeźni i urometr. Krwinki przemywamy po zebraniu surowicy, centryfugując je dwukrotnie z 0·85% Na Cl Z tak przemytych krwinek robimy 5% zawiesinę w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej, która przechowywana w lodowni, utrzymuje się mniej więcej tydzień.

W podstawie dwurzędowej ustawia się dwa szeregi probówek. Do nich daje się wodę przekroploną w ilościach w obu szeregach począwszy od 0·1 cm³ do 2·0 cm³. Następnie w szeregu górnym dodaje się moczu prawidłowego w każdej probówce do objętości 2·0 cm³; taksamo postępujemy z moczem badanym, a więc zawierającym białko, w szeregu dolnym dopełniając probówki do objętości 2·0 cm³. Do tej mieszaniny moczu i wody destylowanej dodaje się 0·3 cm³ 5% owej zawiesiny krwinek czerwonych, wstrząsa się i z zegarkiem w ręku śledzi się zachowanie się krwinek. To rozcieńczenie, w którem następuje całkowita hemoliza w ciągu jednej minuty, zapisuje się w górnym i dolnym szeregu.

Górny szereg.

Woda dest. 0, 0·1, 0·2, 0·3, 0·4, 0·5, 0·6, 0·7, 0·8, 0·9, 1·0, 1·1, 1·2, 1·3, 1·4, 1·5, 1·6, 1·7, 1·8, 1·9, 2·0.

Mocz 2·0, 1·9, 1·8, 1·7, 1·6, 1·5, 1·4, 1·3, 1·2, 1·1, 1·0, 0·9, 0·8, 0·7, 0·6, 0·5, 0·4, 0·3, 0·2, 0·1, 0.

Krwinki 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5.

Dolny szereg.

Woda dest. 0, 0·1, 0·2, 0·3, 0·4, 0·5, 0·6, 0·7, 0·8, 0·9, 1·0, 1·1, 1·2, 1·3, 1·4, 1·5, 1·6. 1·7, 1·8, 1·9, 2·0.

Mocz 2·0, 1·9, 1·8, 1·7, 1·6, 1·5, 1·4, 1·3, 1·2, 1·1, 1·0, 0·9, 0·8, 0·7, 0·6, 0·5, 0·4, 0·3, 0·2, 0·1, 0.

Krwinki 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5, 0·5.

Obliczamy rozcieńczenie, dzieląc 2·0 (objętość, którą operujemy) przez ilość moczu, którąśmy dali do danej probówki. Jeżeli np. hemolizuje rozcieńczenie 1·5 H_2O + 0·5 moczu, to 2·0 : 0·5 = 4 — czterokrotne rozcieńczenie. Ażeby otrzymać ciężar gatunkowy rozcieńczenia hemolizującego, dzielimy ostatnie cyfry ciężaru właściwego tego moczu przez ilość dokonanych rozcieńczeń w celu otrzymania całkowitej hemolizy.

Dla ścisłości oznaczamy w każdem doświadczeniu rozcieńczenie hemolizujące moczu prawidłowego i z niem porównujemy rozcieńczenie moczu badanego.

Metoda nasza, stosowana w celu oznaczania ciśnienia osmotycznego, jest mniej ścisłą, aniżeli kryoskopia — jest niewątpliwie metodą tylko przybliżoną, ale ma tę zaletę, że do wykonania badania nie potrzeba skomplikowanego bądźcobądź przyrządu, jakiego wymaga kryoskopia, że wykonać badanie może każdy lekarz nawet w prywatnej pracowni, że badanie trwa zaledwie kilka minut, że nie jest kosztowne (elektryczność, przyrząd Beckmanna, lód), przedewszystkiem jednak dlatego, że jednocześnie oznaczamy ilość białka.

To drugie zadanie spełnia nasza metoda dokładniej, aniżeli stosowane w klinice metody Essbacha i Stolnikowa tak, że nadaje się do ścisłych badań klinicznych.

W końcu nadmienić należy, że nierzadko w przebiegu schorzeń nerkowych spotyka się mocze, które już nierozcieńczone wywołują natychmiastową hemolizę, jakkolwiek ich ciężar właściwy jest wcale wysoki — objaw dla rokowania niepomyślny.

Niezwykłe powikłania w następstwie pęknięcia ciąży jajowodowej z zejściem pomyślnem.

Podał

Dr Jan Gawlik (Zakopane).

Bronisława O., l. 40, żona właściciela gospody z P., wieloródka (4 porody, z tych jeden bliźniaczy), cięższych chorób nie przebywała, od kilku lat cierpi na białe upławy. Ostatnia miesiączka z końcem sierpnia 1910 r.

Zachorowała nagle po dwumiesięcznem zatrzymaniu miesiączkowania w d. 1 listopada 1910 wśród bólu w pra-

wej połowie brzucha, wymiotów, bębnicy i gorączki. Zawezwany lekarz zalecił spokój, dyetę, okłady zimne i makowiec w czopkach, poczem przypadłości nieco się uspokoiły, a ciepłota opadła 5. listopada wystąpił ponowny napad bólów z dreszczami, gorączką i znacznem osłabieniem. Lekarz ordynujący polecił wezwać mnie na naradę, która jednak doszła do skutku dopiero w dwa dni później, ponieważ chora po uspokojeniu się bólów czuła się na drugi dzień lepiej, a do wezwania mnie skłoniła ją dopiero gorączka, która pojawiła się znowu po dreszczu w d. 7 listopada wieczorem.

Badanie przeprowadzone wspólnie z ordynującym kolegą w d. 8 listopada wykazało: Bladość skóry i błon śluzowych z wybitnem żółtaczkowem zabarwieniem. Ciepłota 38°, tętno 100, dobrze napięte. Brzuch poniżej pępka wzdęty, znaczniej po stronie prawej. Tamże skurczowe napięcie powłok i znaczna bolesność przy dotykaniu w punkcie Mac Burneya. Odgłos opukowy w prawym dole biodrowym przytłumiony, nad resztą brzucha bębenkowy. Chora uskarża się na lekkie nudności. Badanie wewnętrzne wykazuje macicę powiększoną jak w 3-cim miesiącu ciąży, trzon ku tyłowi zgięty, pulchny. W sklepieniach nigdzie nieprawidłowego wypuklenia stwierdzić nie można. Przez sklepienie prawe czuć wysoko oporność rozlaną, która kontrolowana drugą ręką od strony powłok dołu biodrowego prawego przedstawia się jako guz nieruchomy płasko-owalny, którego górna powierzchnia wyraźniej od strony jamy brzusznej wyróżnić się daje, dolna zaś jego część przechodzi w rozlany miększy opór, wybadalny od strony sklepienia prawego. Odchody pochwowe zabarwione blado-różowo. Chora podaje, że w czasie bolów pokazywały się dołem plamy krwawe wyraźne.

Rozpoznanie nasze wahało się między »haematocele lateralis (putrescens?) e graviditate tubaria dextra rupta« a »appendicitis purulenta in gravida III mens.«.

Licząc się tak z jedną, jak i drugą możliwością, zaznaczyliśmy potrzebę ciągłej obserwacyi lekarskiej u chorej z tej przyczyny, że może wystąpić nagłe wskazanie do operacyi. Rodzina jednak nie zgodziła się na przewiezienie chorej do szpitala w Zakopanem, nie miałem też sposobności widzenia chorej aż do dnia 19 listopada. W tym dniu zgłosił się do mnie mąż chorej, podając, że żona ma się z każdym dniem gorzej, że ma co wieczora dreszcze, gorączkę i poty, że kilkakrotnie omdlewała, że ma od kilku dni zatrzymanie stolca i wiatrów, a wzdęcie brzucha rośnie, że wreszcie po wyczerpaniu różnych środków domowych nie widzi innej rady, jak przewiezienie chorej do szpitala.

Udałem się natychmiast do chorej i stwierdziłem stan następujący: Skóra i błony śluzowe woskowo-blade, tętno 130, fala drobna, miękka. Ciepłota 38·2, język suchy, spękany. Przytomność zamroczona, apatya. Brzuch ogromnych rozmiarów, klepsydrowato wzdęty z przewężeniem przez pępek. Nad pępkiem wyraźne stawianie się z przelewaniem w rozdętej okrężnicy. Niżej pępka wzdęcie jednostajne beczkowate, powłoki silnie napięte o licznych, świeżych rozstępach skórnych. Odgłos opukowy w górze brzucha bębenkowy, od pępka w dół przytłumiony, w okolicach przylędźwiowych tępy. Po stronie prawej na wysokości pępka wyczuć można w głębi przez rozdęte pętle jelit twardy guz, zajmujący całe podbrzusze. Górna granica guza obniża się stopniowo ku lewej pachwinie.

Badanie wewnętrzne: Część pochwowa macicy skrócona, przesunięta ku stronie lewej, przez sklepienie czuć wszędzie jednostajny twardy opór, sięgający aż do ścian miednicy.

Rozpoznanie ogromnego krwisteku w jamie brzusznej, prawdopodobnie sposoczałego, powstałego po kilkakrotnych krwotokach z powodu pęknięcia ciąży jajowodowej z niedrożnością mechaniczną przewodu pokarmowego z powodu ucisku nie ulegało żadnej wątpliwości.

Poleciłem przenieść natychmiast chorą do szpitala w Zakopanem, co jednak z niezależnych odemnie przyczyn nastąpiło dopiero na trzeci dzień, t. j. w d. 21 listopada rano. Stan chorej, jak wyżej, wzdęcie brzucha w górnej części nieco mniejsze. Trochę wiatrów odeszło po lawatywie. Natychmiast przystąpiłem do operacyi. Uśpienie chloroformowe. Otwarłem brzuch cięciem bocznem skośnem, prawem, 2 palce nad kolcem biodrowym aż do spojenia łonowego, równolegle do więzadła Pouparta. Powięź mięśnia skośnego zewnętrznego rozciąłem równolegle do przebiegu włókien. Mięsień skośny wewnętrzny, poprzeczny i powięź poprzeczną wraz z otrzewną, zlepione w jednolitą zielonawo naciekłą warstwę, rozciąłem w tym samym kierunku aż do brzegu mięśnia prostego. Z otwartej jamy brzusznej wydobyła się masa krwi ciemnej płynnej, zmieszanej z ropiastą cuchnącą wydzieliną. W głębi widać zbite masy starych skrzepów. Oryentacya utrudniona z powodu wązkiego dostępu. Odciągnięto hakiem mięsień prosty aż poza linię środkową ciała i po podwiązaniu naczyń nabrzusznych (vasa epigastrica) rozcięto otrzewnę aż do linii środkowej. Dostęp teraz szeroki. W rozciągniętą kleszczykami ranę otrzewnej wpukla się górny biegun wielkiego guza, złożonego ze starych skrzepów. Oddzielono go ostrożnie ręką od zlepionych z nim pętli jelit, przyczem okazało się, że jelita są wszędzie odgraniczone od guza cienką łącznotkankową powłoką. Guz wielkości głowy noworodka wydobyto w całości przed powłoki i stwierdzono, że zwężające się w głąb szypuła guza opleciona jest wkoło jajowodu prawego, rozszerzonego retortowato, okazującego blizko ujścia brzusznego pęknięcie w bardzo znacznie ścieńczałej ścianie. Z otworu tego wyrasta niejako szypuła guza, a rozmiękłe skrzepy wypełniają rozszerzone światło jajowodu.

Po uwolnieniu jajowodu od zlepów, podwiązaniu macicznego końca jajowodu i założeniu w kilku partyach podwiązek na więzadło szerokie i więzadło lejkowo-miednicze, jajowód wraz z guzem jako całość odjęto. Ręką wygarnąłem następnie dużą ilość starych i świeższych skrzepów, luźno leżących lub przylepionych do ścian jamy krwiaka, która zajmowała całe podbrzusze, zwężając się ku stronie lewej, gdzie dochodziła aż pod ścianę powłok poniżej kolca biodrowego lewego. Trzewia brzuszne, stanowiące ścianę krwiaka, pokryte wszędzie cieniuchną osłoną świeżo wytworzonej tkanki łącznej. Ze ścian krwiaka po wydaleniu z niego skrzepłej i płynnej krwi powstał dość obfity miąższowy krwotok. Całą jamę wytamponowałem szczelnie kilku wielkiemi chustami gazy, a gdy po chwili krwawienie pod uciskiem ustało, zmieniłem tampony na świeże, luźniej założone, wyprowadzając ich końce na zewnątrz i założyłem gruby, lekko uciskający opatrunek, pozostawiając ranę powłok w całości nie zaszytą.

Po operacyi objawy ze strony jamy brzusznej zaczęły się zwolna poprawiać. Wzdęcie ustąpiło, wypróżnienie dobrowolne, wymiotów i wogóle objawów podrażnienia otrzewnej niema. Ciepłota utrzymuje się jednak podwyższona 37·5—39·2°, tętno stale 120.

Na trzeci dzień kłucie w klatce piersiowej, plwocina rdzawa. Stwierdzono obustronne ogniskowe zapalenie w dolnych płatach płuc. Zastosowano częstą zmianę położenia i środki sercowe, poczem w następnych tygodniach nastąpiło zwolna rozdzielenie się nacieków wśród dobrego odkrztuszania. Odgłos opukowy wyjawniał z wyjątkiem okolicy pod łopatką prawą, gdzie zaczęły występować objawy wysięku opłucnego. Próbne nakłucie w d. 13 grudnia wykazało wysięk surowiczo-krwawy. Trójgrańcem wypuszczono bezpośrednio potem 500 cm sześć. W tym czasie ciepłota, która w przebiegu zapalenia płuc miała przebieg nieregularny, zaczęła przybierać typ wybitnie ropny, a żółtaczkowe zabarwienie skóry stało się znowu wybitniejszem. Wypuszczenie wysięku nie wpłynęło na obniżenie ciepłoty. Chora zaczęła się uskarżać na uczucie pełności i kłujący ból w prawem podżebrzu, a badanie wykazało znaczniejsze wypuklenie całego prawego łuku i obniżenie dolnej granicy wątroby aż do pępka. Poniżej łuku żebrowego prawego stwierdzono znaczniejsze kurczowe napięcie mięśni.

Badanie klatki piersiowej w kilka dni po wypuszczeniu wysięku, wykazuje znacznie zmienione stosunki. Z tyłu po prawej od szczytu aż do połowy łopatki odgłos opukowy jawny, szmery pęcherzykowe, w okolicy kąta łopatki na przestrzeni dłoni odgłos wysoki bębenkowy z podźwiękiem, szmery głośne metaliczne, poniżej aż do dołu odgłos tępy, szmerów brak. Pas stłumienia obniża się ku przodowi aż do prawidłowej granicy z przodu w linii sutkowej.

Wynik badania klatki piersiowej (trójwarstwowy dźwięk opukowy z tyłu), obniżenie granicy wątroby z towarzyszącą żółtaczką, przy ogólnych objawach ukrytego ropienia skłoniły mnie do rozpoznania ropnia podprzeponowego. Surowiczokrwawy wysięk w opłucnej tłomaczyłem sobie jako zakażenie opłucnej drogą przez przeponę od ukrytego pod nią ropnia.

Nakłucia próbne, wykonane z tyłu klatki piersiowej i w pasze, jak również w okolicy lędźwiowej prawej, pozostały jednak bez dodatniego wyniku; z opłucnej wydobywałem tylko płyn krwawo-surowiczy, wkłuciami głębszemi przez przeponę nie udało mi się nigdzie natrafić na ropień. Mimo to wobec innych objawów wskazujących, że ropień w tej okolicy znajdować się musi, zamierzałem poszukiwać go drogą transpleuralną.

Zanim jednak to nastąpić miało, przystąpiłem raz jeszcze w dniu 22 grudnia do dokładnego zbadania rany brzusznej, dotychczas jeszcze dość szeroko otwartej i w kilku kierunkach wydrenowanej, gojącej się zresztą prawidłowo wśród miernego już ropienia. W górnym kącie rany na zewnątrz od widocznej w niej ściany wstępującego ramienia okrężnicy, zauważyłem szarawe zabarwienie ziarniny, pokryte ropiastą wydzieliną. Po rozklejeniu w tem miejscu zlepu jelita ze ścianą brzuszną, sondując ku górze, natrafiłem na kanalik, w który wsunięty zwykły chirurgiczny zgłębnik wszedł cały, nie napotykając oporu. W kanalik wprowadziłem następnie 30 cm. długi, giętki zgłębnik maciczny, zagiąwszy jego koniec ku przodowi i sondując ostrożnie wprowadziłem go aż po trzonek ku tyłowi, a potem ku górze. W tej wysokości, odpowiadającej według pomiaru zgłębnika górnej ścianie wątroby powyżej tylnego tępego brzegu, natrafiłem na jamę, w której koniec zgłębnika swobodnie dał się obracać. W tej chwili po zgłębniku zaczęła spływać gęsta cuchnąca ropa. Po zgłębniku wsunąłem w kanał długie kleszczyki maciczne (Kornzange), a po rozszerzeniu go tym sposobem udało mi się wprowadzić gruby 25 cm. długi sączek, przez który następnie w ułożeniu półsiedzącem chorej odpłynęło przeszło $^{1}/_{2}$ litra gęstej zielonej cuchnącej ropy.

Po wydrenowaniu ropnia ustąpiły bóle w okolicy wątroby, ciepłota obniżyła się, ale nie opadła do poziomu prawidłowego, mimo że odpływ wydzieliny przez sączek odbywał się bez zarzutu. Tętno drobne 120, stan ogólny sił bardzo lichy. D. 29 grudnia silny dreszcz, ciepłota 40·8°, duszność, sinica. Badanie klatki piersiowej wykazuje, że stłumienie z tyłu po prawej wzrosło do grzebienia łopatki, szmery oddechowe na całej powierzchni zniesione. Nakłucie próbne z tyłu pod kątem łopatki wykazuje w opłucnej cuchnącą posokę.

D. 30 grudnia w znieczuleniu miejscowem Schleicha wykonałem resekcyę 9. żebra z tyłu pod łopatką i wydrenowałem jamę opłucną. Od tego czasu wreszcie powolny spadek ciepłoty i początek powrotu do zdrowia. D. 1 marca 1911 chora opuściła szpital z raną brzuszną zupełnie wygojoną, ze znakomitą poprawą stanu ogólnego. Sączek z przetoki opłucnej usunąłem ostatecznie dopiero w sierpniu 1911. Obecnie operowana, zupełnie wygojona, cieszy się dobrem zdrowiem i powróciła do swych zwykłych zajęć.

Znamiennem dla opisanego przypadku jest powolne tworzenie się krwiaka, (prawdopodobnie kilkakrotnie powtarzające się krwotoki skutkiem przeżarcia ściany jajowodu), wczesne zakażenie krwiaka i ukryte, powolnie pełzające ku górze w tkance łącznej zaotrzewnej wzdłuż okrężnicy wstępującej ropienie, które doprowadziło do ropnia podprzeponowego i do posokowatego zapalenia opłucnej prawej. W tych warunkach, wobec przewagi objawów ropnicy, obraz chorobowy przedstawiał początkowo pewne trudności rozpoznawcze między pęknięciem jajowodu, a zapaleniem wyrostka robaczkowego w przebiegu ciąży śródmacicznej.

Krwiak z początku niewielki, ułożony bocznie, w połączeniu z ogólnymi objawami ropienia, był łudząco podobny do »plastronu« okołokątniczego. Wyraźnie wybadalny, powiększony trzon macicy sprawiał wrażenie trzymiesięcznej ciąży śródmacicznej. Zupełny brak nagromadzenia krwi w jamie Douglasa, tak typowego w zwykłych przypadkach pęknięcia ciężarnego jajowodu, utrudnił również oryentacyę. Dopiero wzrastające objawy niedokrwistości rozświetliły jasno sprawę.

Ropienie, pełzające ku górze z dołu biodrowego prawego w tkance łącznej zaotrzewnej, uszło początkowo zupełnie uwadze. Ropień pod przeponą istniał już prawdopodobnie w czasie pierwszej operacyi, za czem przemawiałyby objawy zapalne w sąsiedztwie, jak zapalenie płuc i opłucnej prawej, które wystąpiły prawie bezpośrednio po operacyi. Pewnych jednak objawów klinicznych ropienia w tej okolicy przed operacyą nie było, a następowe te ogniska chorobowe musiały być dość ściśle odgraniczone od pierwotnego miejsca sposoczenia, skoro dokładne wysączkowanie jego w jamie brzusznej, którą po operacyi pozostawiono zupełnie otwartą, nie przeszkodziło dalszemu postępowi sprawy chorobowej.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
Dyrektor: Prof. Dr W. L. Jaworski.

Zapiski lecznicze

podał

Dr Z. Wachtel,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

3. Pantopon.

Jestto przetwór, zawierający wszystkie alkaloidy makowca (stąd nazwa), wyciągnięte kwasem siarkowym; do leczenia wprowadził go znany klinicysta Sahli z Berna, wychodząc z tego stanowiska, iż wszystkie alkaloidy, zawarte w makowcu, mogą dla pewnych celów stanowić bardzo korzystną kombinacyę, przedewszystkiem jako środek kojący i nasenny, podobnie jak się rzecz ma z alkaloidami naparstnicy. Makowiec zawiera, jak wiadomo, alkaloidy przeważnie jako trudno rozpuszczalne sole mekonowe (mekonsaure Salze), w pantoponie zaś znajdują się one w postaci soli łatwo rozpuszczalnych i szybko wessalnych, przytem niema w tym przetworze innych substancyi, jak tłuszczów, żywic itp., które w makowcu stanowią około 75% nieużytecznego balastu.

Pantopon stanowi proszek żółto-brunatny, bardzo łatwo w wodzie rozpuszczalny, przyczem rozczyn oddziaływa słabo kwaśno; stąd też daje się pantopon łatwo stosować do wstrzykiwań podskórnych i to właściwie stanowi jego główną zaletę, gdyż, jak wiadomo, żaden z przetworów ma-

kowca (tra opii, extr. opii itp.) nie daje się użyć do wstrzykiwań podskórnych.

Sahli stosuje z powodzeniem oraz zaleca pantopon zamiast morfiny i makowca w tych chorobach, w których lekarz zwykł uciekać się do tych przetworów; ta okoliczność zaś, że pantopon, jako przetwór makowcowy, daje się stosować pod postacią wstrzykiwań oraz działać ma we wszystkich przypadkach, w których morfina wskutek swego trującego ubocznego działania nie może być podana, lub nie wywiera odpowiedniego skutku, sprawia, iż pantoponowi oddano pierwszeństwo przed makowcem i morfiną.

Wskazania do podania pantoponu są dość rozległe: a więc podaje się go w celu leczenia objawowego w biegunkach bez względu na przyczynę; dalej jako środek uśmierzający bóle w sprawach chorobowych, jak np. kolce żółciowej, nerkowej, w zapaleniu otrzewnej, wyrostka robaczkowego, przy nowotworach w jamie brzusznej i miednicy małej, dalej po operacyach itp., jak i w celu złagodzenia objawów ze strony dróg oddechowych, a więc kaszlu, prócz tego i w krwotoku płucnym w celu obniżenia parcia krwi, wreszcie jako środek nasenny w chorobach nerwowych i umysłowych.

Wspomnieć jeszcze należy, iż w ostatnich czasach znajduje pantopon zastosowanie w położnictwie i chirurgii do usypiania w kombinacyi ze skopolaminą lub jako środek pomocniczy, podawany przed usypianiem chloroformem lub eterem.

0,01 gr. pantoponu odpowiada, biorąc na uwagę wynik leczniczy, — 0.05 czystego makowca, 0,50 nastoju makowca oraz 0,025 wyciągu.

Dawki pantoponu wynoszą: 1—2 ctgr jednorazowo, 3—6 ctgr. na dzień; można go podawać wewnętrznie przez jamę ustną pod postacią proszków w dawkach powyższych, tabletek à 0,01, w postaci kropel (10—25 kropel rozczynu) lub w postaci rozczynu (0,06—0,1 na 200 wody przekropl.) co 2 godziny łyżkę; do wstrzykiwań podskórnych używa się 2% rozczynu ewentualnie z dodatkiem 25% gliceryny dla jałowego przechowania; jednorazowa dawka dla wstrzykiwań wynosi 0.02 gr.; wreszcie stosować można pantopon w postaci czopków od 0,01 do 0,03 gr na dawkę jednorazową.

W klinice medycznej krakowskiej stosuje się lek ten już od dwu lat we wszystkich tych przypadkach, w których istnieje wskazanie do podawania przetworów makowca lub morfiny, przedewszystkiem zaś dla usunięcia bólów bez względu na ich przyczynę, w biegunkach, wreszcie zamiast kodeiny lub dioniny w nieżytowych stanach dróg oddechowych.

Stosowano go podskórnie, w postaci czopków, oraz pastylek lub rozczynu 2% wewnętrznie.

Wobec tego, że lek ten stosowano w klinice przez dwa ostatnie lata w bardzo wielu przypadkach, trudno podawać statystykę obszernego materyału klinicznego; w zapisku dzisiejszym umieszczam ogółem spostrzeżenia oraz uwagi, tyczące się działania oraz wartości leczniczej pantoponu.

Pantopon, który najczęściej stosowano w postaci wstrzykiwań podskórnych, nie sprawia żadnych dolegliwości, ani nie pozostawia żadnych śladów (nacieki) w miejscu wstrzyknięcia, a okazuje się bardzo skuteczny jako lek nasenny i kojący ból. Ubocznego działania w następstwie wstrzyknięcia, jak np. wymioty, zaparcie stolca lub stany podniecenia, które nieraz zauważa się po zastosowaniu morfiny, nie spostrzegano. Raz tylko po wstrzyknięciu u chorej z dusznicą oskrzelową (asthma bronchiale) 0.02 gr. leku, wystąpiły wymioty, trwające przez kilka godzin. Wspomnieć jednak trzeba, iż chorzy przyzwyczajają się do tego leku, podobnie jak do morfiny, tak, że często zachodziła potrzeba podwyższenia dawki w celu osiągnięcia żądanego skutku, który z początku pojawiał się po pierwszem wstrzyknięciu. Przyzwyczajenie to spostrzegano w szeregu przypadków bardzo wybitnie, zwłaszcza w tych przypadkach, w których stosowano pantopon przez czas dłuższy. Objawów zatrucia nie spostrzegano nawet przy dawkach wyższych, jak 0,03—0,04 ctgr.

Pantopon, podany wewnętrznie, czy w postaci 2% rozczynu czy pastylek po 0,01 w celu uśmierzenia kaszlu w chorobach dróg oddechowych, nie przewyższa wcale działania morfiny lub kodeiny w tych samych dawkach, przeciwnie nawet o tyle jest nieprzyjemny, iż nieraz wywołuje niepożądane i przykre zaparcie stolca. Sahli nie spostrzegał tego działania, wobec czego nawet dziwi się, iż tensam środek, który z dobrym skutkiem działa wstrzymująco, podany na czczo nie wywołuje zaparcia zastosowany w celu łagodzenia kaszlu.

Ewald podawał pantopon w pastylkach po 0,01 w moczówce prostej z dobrym skutkiem; opisuje on, że chory, który przed podaniem pantoponu wydzielał 10900 cm³ moczu, po podaniu 0,02 gr. dziennie w postaci pastylek w ciągu 15 dni wydzielał tylko 3400 cm³ moczu. W klinice medycznej krakowskiej próbowano raz podać choremu, u którego rozpoznano moczówkę prostą, pantopon w tychże samych dawkach, ale bez najmniejszego skutku. Bardzo często podawano też w klinice naszej pantopon w czopkach (0·02—0·03); działanie ich zupełnie odpowiadało działaniu innych przetworów makowca.

Piśmiennictwo. 1) H. Sahli. Therapeut. Monatshefte Nr 1. 1909. — 2) P. Rodari. Therapeut. Monatshefte Nr 10. 1909. — 3) Heimann. Münchener med. Wochenschr. Nr 7. 1910. — 4) Hallervorden. Therapie der Gegenwart. Nr 5. 1910. — 5) Prof. Ortner. Deutsche med. Wochenschr. Nr 20. 1910.

4. Adalina.

(Bromdiaethyl-acetylcarbamid).

Proszek bez smaku, bezbarwny, prawie w wodzie nierozpuszczalny, polecany jako środek nasenny w lekkich stanach podniecenia, w bezsenności nerwowej, w nerwicach urazowych, w nerwicach serca, w dawkach jednorazowych od 0,70 do 1 gr. w pastylkach lub w proszku, najlepiej w godzinę po jedzeniu; jako środek kojący ból w nerwobolach, w chorobach pęcherza i miedniczek nerkowych 3—4 razy dziennie 0,3 - 0,5 gr.

Można więc uważać adalinę za lek, stojący w pośrodku między przetworami bromu, a środkami nasennymi, jak np. weronal, trional i t p.

W klinice medycznej krakowskiej stosowano adalinę w ostatnim roku szkolnym właśnie w tych przypadkach, w których zwykło się podawać większe dawki bromu; a więc w nerwicach, w bezsenności nerwowej, histeryi, nerwicy serca, nerwicach urazowych, dalej w chorobach zakaźnych w stanie podniecenia (dur brzuszny 2 przyp.). Na podstawie dotychczasowego doświadczenia (46 przyp.) można adalinę polecić w stanach lekkiego podniecenia nerwowego, gdzie rzeczywiście chory po zażyciu 0·75 do 1 gr. adaliny spał snem spokojnym nieprzerwanym sześć godzin, a po obudzeniu się nie miał ani uczucia ciężkości w głowie, ani też innych objawów ubocznego działania adaliny.

Natomiast w ciężkich nerwicach, jakoteż w bezsenności przy chorobach zakaźnych i w stanach podniecenia w toku tych chorób, zwłaszcza u takich chorych, którym przedtem podawano weronal lub trional, zwykle adalina nie wywierała skutku, tak, że musiano następowo dopiero uciekać się do innego silniejszego środka nasennego.

Oceny i sprawozdania.

Fr. Giedroyć: **Źródła biograficzno bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.** Warszawa 1911, stronic 942 i XXIV.

Piśmiennictwo nasze, dotyczące dziejów medycyny w Polsce, wzbogaciło się rzetelnie dziełem Giedroycia, posiadającem pierwszorzędną wartość naukową. Dzieło to, owoc mozolnych i umiejętnych badań archiwalnych oraz skrzętnych poszukiwań w źródłach drukowanych, wychodziło urywkami w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego przez lat dziewięć, poczynając od r. 1902.

Przystępując do zbierania źródeł biograficzno bibliograficznych, wyświetlających dzieje medycyny w dawnej Polsce, autor miał skromny cel na oku: uzupełnienie prac poprzedników swoich: Gąsiorowskiego (Zbiór wiadomości do historyi sztuki lekarskiej w Polsce. 4 tomy Poznań 1839—1856) i Kośmińskiego (Słownik lekarzów polskich. Warszawa 1883—1888). Nie kusił się on o wytworzenie jakiejkolwiek całości. »Staraniem mojem było, — pisze autor w przedmowie — w miarę sił i wolnego od zajęć zawodowych czasu, zgromadzić jak najwięcej szczegółów, przez poprzedników pominiętych, a odszukanych przezemnie w zbiorach rękopiśmiennych. Sięgają one XIV, a dochodzą schyłku XVIII stulecia i z małymi wyjątkami nie były wcale drukiem ogłoszone. Stąd też tuszę sobie, że »Źródła« moje nie będą bez pożytku dla przyszłego dziejopisa sztuki lekarskiej w Polsce«. W rzeczy samej, żaden historyk, zabierający się do skreślenia dziejów medycyny w Polsce, nie będzie się mógł obejść bez dzieła Giedroycia, które zawiera bardzo cenny, obfity i różnorodny materyał historyczny.

Oceniając takie dzieła, jak praca Giedroycia, trzeba zwrócić uwagę na dwie rzeczy: po pierwsze, czy zawierają one istotnie dużo nowego materyału naukowego; powtóre, czy ten materyał został należycie wydany i tak ułożony, aby łatwo było zeń korzystać.

Co się tyczy pierwszej z tych rzeczy, to nie można się dość nachwalić dzieła Giedroycia. Autor, opierając się na źródłach rękopiśmiennych, głównie na aktach Metryki Koronnej i aktach Starej Warszawy, oraz na licznych źródłach drukowanych w językach polskim, łacińskim, niemieckim, francuskim i rosyjskim, wylicza nie tylko wielu lekarzy polskich lub w Polsce zamieszkałych, o których istnieniu nic zgoła nie było nam wiadome, ale nadto prostuje niejedną błędną wiadomość, podaną w pracach Gąsiorowskiego, Kośmińskiego i innych, oraz przytacza mnóstwo nowych szczegółów biograficzno-bibliograficznych, tyczących się zarówno lekarzy, wymienionych w dziełach poprzedników Giedroycia, jak i lekarzy całkiem im nieznanych. Wśród źródeł biograficznych na pierwszy plan wysuwają się liczne nadania i przywileje królewskie, z których wiele autor podaje w dosłownym odpisie, inne streszcza, a o niektórych czyni tylko wzmiankę. Wśród źródeł rzeczonych nie brak również testamentów, bądź to w całości przytoczonych, bądź to w wyjątkach, bądź to wreszcie w streszczeniu. Podobnie postepuje autor ze źródłami bibliograficznemi: niektóre pisma dawnych lekarzów streszcza lub wypisuje z nich ważniejsze ustępy, o innych nadmienia tylko, podając ich tytuł lub spis treści.

Aby dać pojęcie czytelnikowi o ciekawych i ważnych materyałach, zawartych w omawianem dziele, należy przynajmniej kilka z nich przytoczyć. Z takich przykładów daleko łatwiej można wyrobić sobie należyty sąd o doniosłej pracy Giedroycia, aniżeli wyłącznie z uwag krytycznych sprawozdawcy. A więc taki np. przywilej, wydany przez Stanisława Augusta Albertiemu, z wielu względów zainteresować może historyka medycyny. Przywilej ten brzmi: »Stanisław August etc. Oznajmuiemy etc. Iż maiąc sobie zaleconą Szlachetnego Alberty Medycyny Doktora i Konsyliarza Naszego w Sztuce Lekarskicy i doktorskiey biegłość i doskonałość, do usług Naszych zdatność, umyśliliśmy Go za Doktora Powiatu Latyczewskiego w Woiewództwie Podolskim będącego postanowić i onemuż rewidowanie Aptek w tymże Powiecie będących i nad nimi dozór polecić; Jakoż zważaiąc rekommendacye za tymże Szlachetnym Alberti przez Obywatelów rzeczonego Powiatu do Nas zaniesione i zapobiegaiąc szkodliwym Skutkom przez nieporządne utrzymywanie Aptek i starych lekarstw przedawanie w tymże Powiecie praktykować się mianym za takowego Doktora Powiatu Latyczewskiego postanawiamy, rzeczony dozór i Rewizyą nad Aptekami polecamy Ninieyszym Listem Przywileiem Naszym, daiąc moc i władzę pomienionemu Szlachetnemu Alberti Apteki wszystkie w Powiecie Latyczewskim będące rewidować, Czeladź przy Aptekach zostaiącą o zdatności examinować. Cenę Lekarstw postanawiać i wszelką nad rzeczonemi Aptekami w porządnym utrzymywaniu i świeżych Lekarstw konserwowaniu mieć pilność, baczność i staranność. Co dowiadomości wszystkich, osobliwie iednak WW. Senatorów UU. Dygnitarzow Urzędnikow Ziemskich i Grodzkich tudzież wszystkich Obywatelow Woiewodztwa Podolskiego, a osobliwie Powiatu Latyczewskiego donosząc mieć chcemy i rozkazuiemy, aby rzeczonego Szlachetnego Alberti odtąd za prawdziwego i aktualnego Doktora Powiatu Latyczewskiego od Nas Uprzywileiowanego mieli, znali, a zaś wszyscy tegoż powiatu Aptekarze i inni nad Aptekarzami dozór maiący Rewizyi Aptek i dozoru nad niemi nie bronili i nie przeszkadzali i aby od innych zabronione mu nie było starali się dla Łaski Naszey Królewskiey i pod karami w którymkolwiek naybliższym Sądzie na Instancyę Instygatora z doniesienia słusznego tegoż Szlachetnego Alberti na sprzeciwiaiącego się i rewizyi niedopuszczaiącego wściągnąć mianemi Wolnym oraz przez tenże Sąd Ziemski lub Grodzki Apteki zapieczętowaniem. Na co dla lepszey wiary etc. Dan w Warszawie dnia 1 Miesiąca Lutego, Roku Pańskiego MDCCXC. Panowania Naszego XXVI Roku. Stanisław August Król« — Nie mniej od przytoczonego przywileju ciekawe są akty, tyczące się nadania szlachectwa zasłużonym lekarzom. Z jednego np. z takich dokumentów, podanych przez Giedroycia, dowiadujemy się, że doktor filozofii i medycyny Stanisław Bartolan został w 1589 roku zaszczycony szlachectwem. Jako zasługi Bartolana wyliczone są w dyplomie nobilitacyi następujące: branie udziału w Wyprawie Wołoskiej, biegłość w sztuce lekarskiej, upiększenie Sandomierza, wzmocnienie jego murów ochronnych, wzbogacenie szpitalów darami, sprowadzenie do Sandomierza wody zdaleka z dużym nakładem pracy i kosztów. — W »Źródłach« Giedroycia znajdujemy między innemi ciekawą wiadomość o stosunku cyrulików do lekarzy. Oto w r. 1742 cech chirurgów warszawskich występuje ze skargą przeciw doktorowi medycyny Ludwikowi Guitardowi, twierdząc że przywłaszcza sobie prawa cyrulików »per incisiones vulnerum, partim per alias operationes«. Guitard zaprzeczył temu. Sąd zagroził mu karą, gdyby istotnie zechciał zajmować się wykonywaniem operacyi i leczeniem ran, a zatem wdzierać się w prawa cechu cyrulickiego. — W jaki sposób wynagradzano czasem w dawnej Polsce lekarzów, dowiadujemy się z jednego dokumentu, przytoczonego przez Giedroycia. W dokumencie tym podano, że Zygmunt August wyznacza doktorowi medycyny Anzelmowi Ephorinusowi za udzielanie pomocy lekarskiej pracującym w kopalni w Wieliczce 20 marek dożywotniej płacy rocznej, a nadto wynagrodzenie in natura, które dostawał już był za Zygmunta Starego, a mianowicie co kwartał: garnek masła, szynkę z tuczonego wieprza, kopę serów, po korcu jęczmienia, grochu, prosa i maku oraz ćwiartkę soli. — W dziele Giedroycia znajdujemy również ciekawe wiadomości o testamentach, zrobionych przez rozmaitych lekarzy. Dowiadujemy się np., że Kacper Solski, profesor Wszechnicy Zamojskiej, niemal cały swój majątek zapisał tej wyższej uczelni, lub że Wawrzyniec Starnigiel, również profesor

Wszechnicy Zamyjskiej i około 1600 r. jej rektor, zapisał testamentem 100.000 złp. Akademii Krakowskiej na utrzymanie ubogiej młodzieży, kształcącej się w Krakowie.

Z tych kilku przykładów, które wyżej przytoczyłem, łatwo osądzić, że dzieło Giedroycia zawiera dużo różnorodnych wiadomości, tyczących się życia i działalności lekarzy w dawnej Polsce, a przez to posiada istotną wartość naukową, jako źródło, z którego obficie czerpać będą pracownicy na polu historyi medycyny w Polsce.

Przechodzę teraz do odpowiedzi na drugie pytanie, a mianowicie: czy materyał, zawarty w dziele Giedroycia, został należycie wydany i czy został tak ułożony, aby łatwo mogli z niego przyszli pracownicy naukowi korzystać? I na to pytanie należy dać odpowiedź twierdzącą. Istotnie, wydanie »Źródeł« jest bardzo staranne. Autor nie szczędził pracy, aby korekta dzieła była jaknajdokładniejsza. Nawet po wydrukowaniu tekstu zrobił ponowną korektę i w końcu książki umieścił spis dostrzeżonych błędów. W całem olbrzymiem dziele wpadło mi w oczy stosunkowo bardzo mało błędów, których autor w końcu książki nie sprostował. A i z tych błędów, które zauważyłem, znaczna większość są to drobne omyłki zecerskie, które w niczem sensu tekstu nie zmieniają.

Autor podaje w abecadłowym porządku nazwiska osób, do których życiorysu udało mu się znaleźć nieznane wiadomości; pod nazwiskiem wydrukowane są rzeczone wiadomości; tuż pod niemi wyszczególnione są źródła zarówno drukowane jak i rękopiśmienne. Układ taki dzieła ułatwia niewątpliwie w znacznej mierze korzystanie z niego. W tekscie udało mi się zauważyć zaledwie kilka drobnych usterek. I tak, autor, pisząc na stronicy 270 o Janie Krystyanie Habichcie, nie podaje wiadomości, kiedy ten lekarz żył; na str. 274, przytaczając napis na nagrobku Dawida Henninga, nie podaje, gdzie się znajduje lub znajdował ten nagrobek. Na str. 299 autor pisze: »Słownik Kośmińskiego mylnie wymienia obok Anczewskiego Marcina — Janczewskiego Marcina; jest to jedna osoba«. Dowodu atoli na to, że niezawodnie jest to jedna osoba, Giedroyć nie przytacza. Na str. 318 autor, pisząc, że Jan Katerla był lekarzem Zygmunta Augusta, nie podaje źródła tej wiadomości. Na str. 547 wspominając o zaszczyceniu Stanisława Niewieskiego w r. 1676 stopniem doktora medycyny przez Wszechnicę Zamojską, dodaje: »był to pierwszy, a zdaje się i jedyny doktorat medycyny w Zamościu«. Tymczasem na str. 579 podaje opis uroczystej promocyi w Zamościu Paschala Stirzelheimera na doktora medycyny. Promocya ta odbyła się w 1765 roku. A zatem Niewieski z pewnością nie był jedynym doktorem medycyny Akademii Zamojskiej.

Autor podając źródła drukowane, z których korzystał, dość często nie wymienia miejsca i daty ich wydania, ograniczając się do podania nazwiska autora i tytułu dzieła. Ze względu na to, że wiele z pośród źródeł drukowanych musiał autor niejednokrotnie wymieniać, ze wszechmiar wskazaną było rzeczą, aby tytuły tych źródeł podawać w skróceniu, a przez to uniknąć powiększania objętości dzieła. Lecz w takim razie należało w końcu książki podać dokładny spis abecadłowy wszystkich źródeł z wymienieniem miejsca i daty ich druku.

W końcu jeszcze jedna uwaga. W dziele swojem umieścił autor obok nazwisk doktorów medycyny, nazwiska cyrulików oraz osób, które nie były ani lekarzami, ani cyrulikami. Otóż gdyby był autor w tekscie, albo przynajmniej w końcu książki w skorowidzu inaczej oznaczył (np. odmiennemi czcionkami lub zapomocą rozmaitej liczby gwiazdek) nazwiska doktorów medycyny, inaczej nazwiska cyrulików, a inaczej nazwiska nielekarzy; dalej gdyby również odmiennie oznaczył nazwiska Polaków, a inaczej nazwiska cudzoziemców, w Polsce zajmujących się praktyką lekarską, to jeszcze bardziej byłby ułatwił korzystanie innym ze swego dzieła.

Wymieniłem te wszystkie drobne usterki nie dlatego, abym pragnął obniżyć wartość dzieła Giedroycia, bo w książce tak obszernej jest rzeczą prawie niemożliwą uniknąć kilku lub kilkunastu drobnych usterek, lecz z obowiązku sprawozdawcy, a przedewszystkiem dlatego, że można je niemal wszystkie łatwo usunąć, wydrukowawszy na oddzielnych kartkach te nieliczne sprostowania i dopełnienia, o których wyżej była mowa, i dołączywszy te kartki do każdego egzemplarza dzieła. Takie drobne uzupełnienie dzieła wskazane jest ze względu na trwałą wartość jego, dzięki której liczne pokolenia uczonych polskich będą z niego czerpały materyały do swych prac. W naszym dorobku naukowym na niwie dziejów medycyny w Polsce dzieło Giedroycia zajmie wybitne miejsce.

Adam Wrzosek.

Piśmiennictwo bieżące.

Położnictwo i ginekologia.

A. Hudim-Lewkowicz. **W sprawie pierwotnego raka pochwy.** (Żurnał akusz. i żeńs. bol. 1911 wrzesień). H. L. opisuje 3 przypadki pierwotnego raka pochwy. I. przypadek: chora 45 l., rodziła 2 razy, cierpi od 2 lat na bóle w krzyżach i nieprawidłowe miesiączki; od roku miewa krwawienia przy spółkowaniu. 2 miesiące temu zjawiły się wydzieliny cuchnące. Rozpoznanie: rak tylnego sklepienia i tylnej ściany pochwy. Całkowite wyłuszczenie macicy z przydatkami i pochwy (częściowe) przez laparotomię. Chora zmarła na 12. dzień po operacyi wśród objawów niedomogi serca. II przypadek: chora 56 l., rodziła 5 razy. Miesiączki ustały $1^1/_2$ roku temu. Od 10 miesięcy cierpi na krwawienia i upławy; 4 miesiące temu zjawiły się wydzieliny cuchnące. Rozpoznano raka tylnej ściany pochwy. Operowano doszczętnie przez pochwę i przez laparotomię. Na 9. dzień po operacyi zapalenie płuc. Zejście śmiertelne. III. przypadek: chora 49 l, odbyła 8 porodów; ostatni 10 lat temu. Od 2 miesięcy miewa cuchnące, krwawe wydzieliny. Rozpoznano raka lewej i przedniej ściany pochwy. Operowano taksamo, jak w II. przypadku. Na siódmy dzień po operacyi chora wstała z łóżka, a na 19. opuściła klinikę w zupełnie dobrym stanie zdrowia. M. Pietkiewicz.

D. Abuładze. **Wpływ ciąży na przebieg gruźlicy płuc.** (Żurnał akusz. i żeńsk. bol. 1911 wrzesień). Na zasadzie spostrzeganych przez siebie przypadków, dotyczących 25 chorych, oraz piśmiennictwa, dochodzi A. do następujących wniosków: 1) Przy gruźlicy płuc ciąża jest niepożądana. 2) Sama obecność gruźlicy płuc u ciężarnej nie powinna służyć za wskazanie do przerwania ciąży. 3) W okresie zabliźnienia ogniska gruźliczego w płucach ciąża sama przez się jest obojętna dla sprawy chorobowej. 4) Czynna forma gruźlicy płuc u ciężarnej wymaga przerwania ciąży, jeśli ciąża wpływa ujemnie na sprawę gruźliczą. 5) Ciąża, pogarszająca przebieg gruźlicy płuc, nie jest przyczyną pierwotną nasilenia się choroby. 6) Przerwanie ciąży przy czynnej formie gruźlicy płuc, zapobiegając rozszerzeniu się sprawy chorobowej, ma na celu także ułatwienie nadal skutecznego leczenia choroby głównej. M. Pietkiewicz.

A. Schmidt. **Zapalenie wyrostka robaczkowego a ciąża.** (Tow. ginekolog. Wiedeń 1911). Zapalenie wyrostka robaczkowego u ciężarnych jest cierpieniem częstem a bardzo groźnem, bo śmiertelność dla matek dochodzi przy tem 25%, a płodów 50%. Mniej więcej 1‰ ciężarnych cierpi na powikłania ze strony wyrostka. Zwykle nie chodzi tu o napad pierwszy, lecz o następne. W razie spraw cięższych i ropnych zwykle w ciąży bywa przebieg śmiertelny, a przynajmniej gorszy, niż u nieciężarnych, natomiast wczesna operacya daje wyniki bardzo dobre. Operować należy wcześnie, bo zapalenie wyrostka wywołać może przedwczesne kurcze macicy, a te znów dać pobudkę do szerzenia się zakażenia na otrzewnej. Operacya

wczesna jest zwykle dla rozwoju płodu obojętna, a nawet daje lepsze widoki, niż leczenie zachowawcze przypadków lekkich (20% śmiertelności dzieci). Rozpoznanie, zwłaszcza w drugiej połowie ciąży lub w połogu, może być bardzo trudnem, bo myśli się wtedy głównie o zakażeniach miejscowych kobiecych, a nie o wyrostku. U rodzących, operowanych w ciąży, należy ze względu na świeżą bliznę, poród skrócić zapomocą jakiegoś zabiegu, by uniknąć parcia przy wydalaniu płodu. A.

Schiller. **W sprawie patologii i leczenia zapalenia sutka u karmiących.** (Mon. f. Kinderheil. IX. 11). Podług autora zakażenie sutka wystąpić może także i bez ranki zewnętrznej, a jedynie wskutek zakażenia drobnoustrojami z dróg mlecznych przy nagłym zastoju pokarmu. Z tego też powodu leczenie ssawkami Biera jest bardzo odpowiednie. Co do samego leczenia, to autor przedewszystkiem poleca opróżniać często gruczoł, najlepiej podając pierś dziecku. W przerwach robić należy okłady alkoholowe (50%) lub kwaśne. Ropnie otwierać należy z cięć promienistych, a przy zmianie opatrunku stosować dzwon, a potem opatrunek wilgotny. Przy bólach stosuje autor ortoform, ale dla przyspieszenia pokrywania naskórkiem maść naftalanową, przy ostrym wyprysku sutka puder i maści. Zwykle zapalenie sutka występuje u karmiących w terminie mającej występować miesiączki. A.

Bab. **Leczenie zmięknienia kości wyciągiem przysadki mózgowej.** (Tow. lek. wiedeńsk. 30. II. 1911). Ze względu, że pomiędzy akromegalią (gdzie istnieje rozrost kości) a zmięknieniem kości panuje pewien kliniczny antagonizm, postanowił autor leczyć zmięknienie kości zapomocą wyciągu przysadki (pituitrinum infundibulare) a to drogą wstrzykiwań podskórnych (co dzień 2 cm^3). Na 8 leczonych w ten sposób przypadków uzyskano wybitne polepszenie w czterech, poprawę w trzech, a w jednym leczenie pozostało bez skutku. Zwłaszcza bóle kostne ustępują rychło. Nieraz polepszenie z początku postępuje szybko, poczem już się wcale nie zwiększa. Nieraz spostrzega się przy tem leczeniu skurcze macicy. Przy krwotokach macicznych stosował Bab także to leczenie w 30 przypadkach i osiągnął w 28 skutek pożądany. Nie należy podawać pituitryny przy stwardnieniu tętnic. K.

Bab. **Leczenie zmięknienia kości wyciągiem przysadki.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 34). Ze względu na wybitny kontrast akromegalii i zmięknienia kości zaleca Bab w zmięknieniu kości wstrzykiwania »pituitrinum infundibulare« (Parke Davis). Kontrast obu chorób jest uderzający. I tak zmięknienie kości leczy nieraz wytrzebienie, podczas gdy na akromegalię zapadają kobiety zwykle po okresie przekwitania. Zwykle też te kobiety są mało- lub niepłodne w przeciwieństwie do zmięknienia kości. W tej chorobie zwykle nawet adrenalinowej glikozuryi niema, a u akromegalików w 35% spotyka się cukier w moczu. Zmięknienie kości łączy się często z chorobą Basedowa, akromegalia z obrzękiem śluzowatym. W akromegalii pomaga nieraz tyreoidyna, w zmięknieniu kości zaś znów antytyreoidyna. Takie kliniczne spostrzeżenia przemawiają za stosowaniem pituitryny. Autor stosował ją w 10 przypadkach i z wyjątkiem jednego uzyskał wybitne polepszenie lub wyleczenie. Ostrożnie postępować należy z tym środkiem u osób starszych. Czasem wyciąg przysadki wywołuje kurcze macicy. A.

E. Krösing. **Istota włóknikorodna (fibrinogen) we krwi zdrowych ciężarnych, położnic i chorych na rzucawkę.** (Arch. f. Gyn. tom 94, zeszyt II.). Na podstawie swych badań podaje autor następujące wnioski. W 10 cm^3 prawidłowego osocza krwi znajduje się 3,0—4,5 mg istoty włóknikorodnej. Wszelkie sprawy zapalne, szczególnie gorączka, mogą ilość tę podnieść nawet do 20 mg; wyjątek stanowi tylko dur brzuszny. Guzy nowotworowe, jakoteż nagłe większe krwotoki wywołują również zwiększenie ilości fibrynogenu. Bardzo wyraźnie można wzrost ten zauważyć u zdrowych ciężarnych, rodzących i położnic, oraz w przebiegu drgawek porodowych (rzucawki). Pod względem rozpoznania różniczkowego niema jednak oznaczenie ilości fibrynogenu żadnego znaczenia ani dla chorób kobiecych, ani dla położnictwa, ponieważ najrozmaitsze guzy nowotworowe, zapalenia i ciąża wywołują wzrost jego ilości, a nadto, jak obecnie, nie można wykazać większej różnicy między ciążowem zapaleniem nerek, które wiedzie do wybuchu rzucawki i takiem, które przebiega bez niej. Pod względem biologicznym zajmujący jest wyraźny przyrost fibrynogenu w przebiegu rzucawki w porównaniu z jego zachowaniem się u rodzących zdrowych. Krew dotkniętych rzucawką krzepnie o wiele szybciej, aniżeli innych rodzących, mimo że znalezione ilości fibrynogenu nie tłómaczą dostatecznie tego zachowania się krwi. To też należy przyjąć, że nie tyle fibrynogen, jak raczej, że ferment włóknikowy jest ilościowo wzmożony. Spostrzeżenia te naprowadzają na przypuszczenie, że w przebiegu rzucawki pierwotnej, czy następowej — chodzi prawdopodobnie o zatrucie ustroju matki tym właśnie fermentem.

E. Ehrenpreis.

H. Albert Dietrich. **Badania nad zmianą krwi u ciężarnych, rodzących i położnic.** (Arch. f. Gyn. tom 94, zeszyt II.). Ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny wzrasta stale w miarę postępu ciąży, dochodząc przy porodzie do szczytu. W połogu ilość krwinek i hemoglobiny zależą od utraty krwi przy porodzie. Każde bowiem krwawienie wywołuje zmniejszenie ilości ciałek czerwonych, a następnie i hemoglobiny. W przypadkach prawidłowych zmniejsza się w połogu ilość ciałek czerwonych stopniowo tak, że między 7—21. dniem po porodzie dochodzi do wartości mniejszych, aniżeli z końcem ciąży. Ilość ciałek białych zwiększa się również w miarę postępu ciąży, szczególnie u pierwiastek, i dotyczy leukocytów neutrofilnych wielojądrzastych. Leukocytoza ta najwybitniej występuje przy porodzie, przyczem zauważono, że nasilenie bólów porodowych bardzo wyraźnie wpływa na jej wysokość. Po porodzie zależy ona od przebiegu połogu. W przypadkach prawidłowych zmniejsza się wyraźnie już w 1. dniu połogu, w 3. dniu jest minimalna, a w następnych znika zupełnie. Nierzadko występuje około 5—9. dnia połogu znowu lekka leukocytoza i to zupełnie niezależnie od bólów porodowych lub czynności sutków. Autor sądzi, że leukocytozę tę należy odnieść do lekkiego zakażenia, występującego bez podniesienia ciepłoty ciała. W przypadkach gorączki połogowej lub większych krwawień leukocytoza znowu się wzmaga, przyczem przyrost leukocytów zawsze jest wcześniejszy od wystąpienia gorączki. Leukocytozę ciążową tłomaczy autor podobnie jak wystąpienie drgawek porodowych, zatruciem ustroju matki trującymi produktami jaja płodowego (płodu i łożyska), na które ustrój matki celem zobojętnienia trucizny odpowiada zwiększeniem ilości ciałek białych. Za tem przemawia przyrost właśnie leukocytów wielojądrzastych, które mają własności antytoksyczne, jakoteż fakt, że leukocytoza dochodzi do najwyższych wartości u pierwiastek, jest zaś mniejsza u wieloródek, które po pierwszym porodzie osiągnęły już pewnego rodzaju zobojętnienie wobec owej trucizny. Przy skurczach macicy zostają te toksyny niejako mechanicznie wyciśnięte do krążenia matki, stąd też najwyższa leukocytoza przy porodzie. W połogu wreszcie wskutek odejścia całego jaja płodowego, a więc i źródła produkcyi toksyn, leukocytoza ustępuje.

E. Ehrenpreis.

Prof. M. Henkel. **Czy jest wskazane całkowite wyjęcie macicy ciężarnej z powodu gruźlicy płuc?** (Arch. f. Gyn. tom 94, zesz. II.). Badania lat ostatnich wykazały niewątpliwie, że ciąża wpływa bardzo niekorzystnie na sprawę gruźliczą w płucach; dlatego też w każdym przypadku gruźlicy płuc zachodzi wskazanie do przerwania ciąży, szczególnie jeśli gruźlica przeszła już granice początkowego okresu choroby. Wskazanie to zyskało na ścisłości, odkąd zaczęły się mnożyć spostrzeżenia, przemawiające za bezpośrednim przejściem bakteryi gruźliczych z matki

na płód. W końcu ważny jest fakt, że u kobiet z niebardzo nawet rozległą gruźlicą płuc, wybucha ogólna gruźlica prosówkowa nieraz już w pierwszych dniach połogu. Celem przerwania ciąży w pierwszych 2 miesiącach, najlepiej rozszerzyć szyjkę macicy metalowemi rozszerzadłami i jamę jej opróżnić. Unikać należy rozszerzacza Bossiego, jakoteż blaszecznicy. W 3—5. miesiącu ciąży radzi autor rozcięcie przedniej ściany szyjki macicy aż do ujścia wewnętrznego, naturalnie po odsunięciu pęcherza moczowego, poczem bardzo już łatwo wyjąć cały płód, ewentualnie po zmiażdżeniu jego czaszki; łożysko należy natychmiast palcami usunąć. Dla zaoszczędzenia krwi dobrze jest po obu stronach założyć na tętnice maciczne kleszczyki Muzeuxa. Po opróżnieniu macicy należy ją znowu zaszyć, z wyjątkiem przypadków zakażonych, gdzie ranę można zostawić otwartą. Ten sposób przerwania ciąży należy stosować tylko w przypadkach rozpoczynającej się gruźlicy płuc, szczególnie u pierwiastek, gdzie równoczesne wyjałowienie kobiety, ze względu na możliwość wyleczenia gruźlicy, nie jest na razie konieczne. Osobom interesowanym należy jednak zwrócić uwagę, aby kobiety takie przez szereg lat wystrzegały się ponownego zastąpienia i przez ten czas poddały się odpowiedniemu leczeniu. Jeżeli dalsza obserwacya wykaże, że sprawa gruźlicza nie ustępuje, lecz przeciwnie czyni postępy, wówczas jest jeszcze zawsze czas chorą taką wyjałowić. Ważną rolę odgrywa tu także społeczne stanowisko chorej. Ze względu na nie nieraz okaże się wskazanem wyjałowienie kobiety, — równocześnie lub zaraz po przerwaniu ciąży, i to nawet w przypadkach rozpoczynającej się gruźlicy, a mianowicie u kobiet z klasy pracującej, szczególnie, jeżeli mają już dzieci. Inaczej u ciężarnych z dalej już posuniętą gruźlicą. Tu należy bezwzględnie przerwanie ciąży połączyć zawsze z wyjałowieniem. Jako jedyny racyonalny zabieg poleca autor w tych przypadkach całkowite wyjęcie macicy ciężarnej wraz z jajnikami drogą brzuszną. Przekonano się mianowicie, że odchody połogowe po zwykłem przerwaniu ciąży, zmniejszając znacznie siły chorej, wpływają bardzo niekorzystnie na samą sprawę gruźliczą tak, że wyniki po operacyi doszczętnej okazały się o wiele lepsze, aniżeli po zwykłem tylko przerwaniu ciąży z pozostawieniem macicy. Operacyę najlepiej wykonać w znieczuleniu lędźwiowem, ponieważ przytem odpada szkodliwy wpływ uśpienia, jak wdychanie szkodliwych gazów, wymioty i i. Autor poleca ten zabieg doszczętny w każdym przypadku i w każdym okresie ciąży u chorych gruźliczych, u których sprawa chorobowa przekroczyła już granice okresu początkowego; płód nie powinien tu odgrywać żadnej roli, życie matki bowiem stać musi zawsze na pierwszem miejscu, a życie płodu wobec możliwości wśródmacicznego przejścia gruźlicy i tak bardzo jest niepewne. Nadto zauważono, że operacya doszczętna stwarza wogóle bardzo korzystne warunki dla gojenia się sprawy gruźliczej; pominąwszy niemożliwość ponownego zastąpienia — zyskuje się przez wyjęcie jajników i usunięcie ich czynności bardzo ważny czynnik leczniczy. Wyleczenie gruźlicy płuc następuje przez zabliźnienie lub zwapnienie. Autor i inni sądzą, że wobec wpływu jajników na wydzielanie soli wapniowych (zmiękniebie kości) należy może właśnie wyjęciu jajników przypisać najważniejszą rolę w gojeniu się gruźlicy po operacyi doszczętnej. E. Ehrenpreis.

J. Wohlgemuth i M. Massone. **Doświadczalne przyczynki w sprawie pochodzenia wód płodowych.** (Arch. f. Gyn. tom 94, zesz. II.). Obecnie przeważa przekonanie, że wody płodowe są wyłącznie produktem samego płodu (Polans, B. Wolff). Doświadczenia autorów, przeprowadzane na ciężarnych psach i królikach, wykazały jednak, że tak nie jest. W. i M. przekonali się mianowicie, że wysoko molekularne substancye (diastaza), krążące prawidłowo we krwi matki, przechodzą wprost bez pośrednictwa płodu do wód płodowych, i że zmiany w zgęszczeniu tych substancyi, wywołane doświadczalnie, udzielają się w równym stopniu bezpośrednio także wodom płodowym. Spostrzeżenia te przemawiają dostatecznie za wpływem krwi matki na skład wód płodowych, jakoteż za tem, że krew matki ma bezpośredni udział w tworzeniu wód płodowych. E. Ehrenpreis.

Dermatologia i syfilidologia.

Jakimow i Kat. Jakimowa. **Wpływ mikrobów na działanie salwarsanu.** (Russkij Wracz 1911, Nr 41). Przed rokiem jeszcze wyraził Ehrlich przypuszczenie, iż mikroby, dostające się z powietrza sal szpitalnych do rozczynów salwarsanu, mogą być bardzo szkodliwe. Wobec tego postanowili J. zbadać wpływ endotoksyn na rozczyny salwarsanu. W tym celu używali endotoksyny prątka okrężnicy. Po ustaleniu tolerowanej dawki salwarsanu i wymienionej endotoksyny, wstrzykiwali białym myszom rozczyn salwarsanu z niewielką domieszką endotoksyny prątka okrężnicy. Z przytoczonych tablic widać, iż obecność endotoksyny w rozczynach salwarsanu znacznie zwiększa jadowitość tego środka. Z. Gilewicz.

Zwieriew. **Przypadek powtórnego zakażenia kiłą po zastosowaniu salwarsanu.** (Russkij Wracz 1911, Nr 38). W przypadku autora we 2 miesiące po zastosowaniu salwarsanu z powodu zakażenia kiłowego, spostrzegano ponowne zakażenie w postaci pierwotnego nacieku kiłowego na 5. dzień po stosunku płciowym. Przypadek ten świadczy według autora o dodatnim wpływie salwarsanu na zakażenie kiłowe. Z. Gilewicz.

Dembskaja. **Dalsze spostrzeżenia nad działaniem swoistej szczepionki przy ginekologicznym wiewiórze.** (Russkij Wracz 1911, Nr 39). Od drugiej połowy 1909 r., kiedy D. po raz pierwszy zastosowała swoistą szczepionkę dla leczenia ginekologicznego wiewióra, spostrzegała ona około 200 chorych. D. zupełnie wyłącza badanie na opsoniny przy wiewiórze, jako nie dające żadnych wskazówek, a poleca metodę hodowania dwoinek Neissera na podłożu Centaniego (agar puchlinowy + $^1/_7$ część surowicy ludzkiej zmieszanej w równej części z gliceryną) i szczególnie odczyn Bordet i Gengou, który przy wszelkich sprawach wiewiórowych w jamach zamkniętych, a więc w zapaleniach stawów, przydatków macicy, otrzewnej, w znacznej większości przypadków wypada dodatnio. Jako antygenu używa D. najczęściej zawiesiny z żywych dwoinek wiewiórowych. Według D. niema szczepionka prawie żadnego leczniczego działania przy ostrych i przewlekłych zapaleniach cewki moczowej, pochwy, gruczołów w niej zawartych, a także szyjki macicznej. Zupełnie inne jest działanie szczepionki przy sprawach wiewiórowych w jamach zamkniętych, a więc przy zapaleniach przydatków, stawów i t. d. Tu wpływ leczenia szczepionką jest tak wyraźny, że nowa ta metoda zupełnie zasługuje na wypróbowanie. Najczęściej przy pierwszem szczepieniu używała D. dawki 50,000.000 dwoinek, robiąc szczepienia 2 razy na tydzień i dochodząc do dawki 200—250 milionów mikrobów. Ilość szczepień wahała się od 8 do 40. Po wstrzyknięciu szczepionki następuje zwykle odczyn miejscowy, ogniskowy i ogólny. Miejscowy odczyn wyraża się zwykle obrzękiem i zaczerwienieniem, czasem dość znacznem, przypominającem różę. Odczyn ten po dwóch, a rzadziej po 3—4 dniach znika bez śladu. Ogólny odczyn polega na podwyższeniu ciepłoty o kilka dziesiątych stopnia i czasem podnosi się do 39 stopni. Szczyt zwykle po upływie 8—10 godzin po wstrzyknięciu. Najciekawszym jest odczyn miejscowy narządu schorzałego. Chory narząd brzęknie i staje się bolesnym na ucisk, lecz zwolna bolesność ustaje, spostrzega się zwiększony przypływ limfy do chorego narządu, narząd jakby pływa w limfie. W przypadkach przewlekłych dawno ustałe wydzieliny na nowo zaczynają się zwiększać, nosząc zwykle cechy wydzielin surowiczych. Zrosty okołomaciczne stają się podatniejsze, dają się łatwiej rozciągnąć. A. Modrzewski.

Petersen. **O leczeniu drożdżycy (blastomycosis) skóry.** (Archiv f. Derm. u. S. T. 104.). W dwóch przy-

padkach powyższego cierpienia po bezskutecznem kilkotygodniowem stosowaniu miejscowem nalewki jodowej i maści kseroformowej, zastosował autor leczenie gorącem. Pomysł nie zawiódł, gdyż w krótkim czasie po leczeniu, polegającem na przykładaniu na miejsca chorobowo zajęte na przeciąg $^1/_2$—$^3/_4$ godziny dwa razy dnia worków, napełnionych wodą o ciepłocie 42^0—45^0 C., zmiany bez nawrotów ustąpiły. H. L. Weber.

La Mensa. **Przypadek liszaja płaskiego obrączkowego** (lichen planus annularis). (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 104, 1911). Przypadek liszaja czerwonego płaskiego u osobnika cierpiącego na łuszczycę, o tyle ciekawy, że guzki swoiste usadawiały się u danego osobnika na brzegach miejsc przebarwionych, pozostałych po wyleczonej łuszczycy, tworząc pierścienie i koła. H. L. Weber.

Walsch. **O stosunku łuszczycy do zmian w stawach.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1911, T. 104). Powołując się na przypadki z piśmiennictwa i 5 własnych spostrzeżeń, dochodzi autor do wniosku, że przyczyna łuszczycy nie polega na schorzeniu nerwów, a jest cierpieniem natury zakaźnej. Substancye trujące wywołują z jednej strony zmiany w skórze, z drugiej strony u pewnych osób także i zmiany w stawach, które tem różnią się od zapalenia stawów gośćcowego, iż nie oddziałują na leczenie przetworami kwasu salicylowego i kończą się prawie zawsze zesztywnieniami. H. L. Weber.

Linser. **O schorzeniach skóry u ciężarnych i ich leczeniu.** (Derm. Zeitschr. 1911, Z. III.). Autor wraz z Mayerem wpadli na myśl, aby pewne choroby skórne, występujące u ciężarnych bardzo uporczywe, a czasem i groźne, ustępujące zaś jedynie z rozwiązaniem ciąży, jak pewne rodzaje pokrzywki i wyprysku, a przedewszystkiem liszajec opryszczkowaty (impetigo herpetiformis), leczyć wstrzykiwaniami podskórnemi lub śródżylnemi surowicy ciężarnych zdrowych w ilości około 20 cm^3. Surowicę przygotowywano w ten sposób, iż około 50 cm^3 krwi wziętej z żyły przegubu łokciowego przez 5 minut wstrząsano, a następnie 15 minut centryfugowano. Chore znosiły wstrzykiwania prawie bez odczynu. Polepszenie znaczne występowało już drugiego dnia, a choroba ustępowała do 8 dni. Wyniki zawsze miały być doskonałe i niezawodne. Przytoczone cztery historye choroby objaśniają przebieg cierpienia. — Wstrzykiwaniami surowicy prawidłowej leczono również trzech mężczyzn, cierpiących na przewlekłą pokrzywkę i również ze świetnym skutkiem. H. L. Weber.

Noberg. **O leczeniu liszaja rumieniowatego promieniami Roentgena.** (Archiv f. Derm. u. Syph. T. 107). Zdaniem autora leczenie liszaja rumieniowatego promieniami Roentgena daje doskonałe wyniki, jednakże tylko wtedy, jeżeli dawka jest tak wysoką, iż wywoła pewien odczyn w skórze. Dawka mała, chociaż nawet kilkakrotnie powtórzona, jeżeli nie jest tak silną, by wywołać oddziaływanie skóry, niema znaczenia. Leczenie liszaja rumieniowatego promieniami Roentgena daje najlepsze wyniki leczenia ze wszystkich do dziś znanych metod, mimo że u pewnej liczby chorych powstają po pewnym czasie nawroty. H. L. Weber.

Veiel. **Przyczynek do leczenia uporczywego wyprysku.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1911, T. 107). V., przytaczając historye 3 leczonych przez siebie przypadków, poleca w przypadkach wyprysku ostrego sączącego, w których nawet obojętny tłuszcz podrażnia skórę, pędzlowanie 5% rozczynem wodnym tanniny dwa razy dziennie. Skutek ma być szybki i pewny. H. L. Weber.

Pinkus. **Przyczynek do statystyki berlińskiej prostytucyi.** (Archiv f. Derm. u. Syph. 1911, T. 107). Między prostytutkami Berlina, które rekrutują się przeważnie z robotnic fabrycznych, służących, szwaczek i kelnerek, było dziećmi nieślubnemi 13·45%. Z dziewcząt tych rodziło 45% przeważnie raz jeden, chociaż były i takie, które miały po 3 i więcej dzieci, dzieci te jednak szybko ginęły tak, że 12 miesięcy doczekało się zaledwie 44% dzieci. H. L. Weber.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 25. X. 1911.

Obecnych 56. — Przewodniczy prezes Prof. Cybulski.

Przewodniczący kol. Prof. Cybulski wita jako gości członka Wydz. kraj. Dr Szymona Bernadzikowskiego i inspektora szpitali kraj. Dr Emila Müllera

1) Kol. Prof. Wicherkiewicz przedstawia chorego **na nieżyt wiosenny spojówek:** Przedstawiam chorego, dotkniętego zmianami ocznemi, które poniekąd przypominają pewną postać trachomy, z powodu czego przez niewprawnych za nią uważane niekiedy bywają. Choroba ta oczna, zwana pospolicie (za przykładem Saemischa) nieżytem wiosennym, zaznacza się znacznym przerostem ciała brodawkowego w postaci, przypominającej bruk uliczny, dalej wyglądem białawym, jakoby spojówka tarczykowa była na powierzchni swej zlana mlekiem. Drugie znamię tej choroby, to wybujałości na brzegu rogówkowo-twardówkowym, nieraz w postaci obręczy, okrążającej brzeg rogówki, a nawet, gdy pierścień szeroki, rogówkę w znacznej części pokrywającej. Arlt uważał to za odmianę zapalenia pryszczykowego, a Hirschberg nazwał tę zmianę dlatego »phlyctaena pallida«, gdy Desmarres nadał jej nazwę »hypertrophie perikeratique«. Trzecie znamię tej choroby stanowi peryodyczne jej występowanie na wiosnę — dlatego nazwa »catarrhus vernalis«. Po upływie miesięcy znika, by w następnym znowu roku powrócić, i tak przez szereg lat. Nieraz występuje ona jednak nie na wiosnę, ale wczesną jesienią, zwłaszcza, gdy lato było gorące, obfitujące w słońce. Choroba ta nie należy do częstych, bo zdarzyć się może, że na kilka tysięcy chorych ocznych zaledwo jeden przypadek się zjawia, ale widywałem ich czasami więcej, a nawet w jednej rodzinie kilka osób nią dotkniętych. Przeważnie podlegają jej młode osoby od 6—18 czy 20 lat. Etyologia znana niedostatecznie. W r. 1905 ogłosił Prof. Dimmer w »Wiener klin. Wochenschrift« pracę, w której podaje, iż korzystając z doświadczenia dermatologa Kreibicha, który w trzech przypadkach »prurigo Hutchinson«, powstałego wskutek silnych promieni słońca, widział podobne do »phlyctaena pallida« zmiany na spojówce gałki, a w jednym z tych przypadków po zastosowaniu opaski ochronnej stwierdził znikanie wyniosłości; również użył tego sposobu leczniczego w jednym przypadku nieżytu wiosennego i to z dobrym skutkiem. Obustronne pojawianie się choroby przemawiałoby wedle Dimmera za tą etyologiczną przyczyną. Że jednak nie ta okoliczność, t. j. promienie pozafiołkowe przy silnem świetle słonecznem względnie odblask promieni słonecznych na śniegu, jest przyczyną choroby, zdaje się przemawiać to, iż względnie mała ilość osób chorobie podlega. Badanie bakteryologiczne nie daje żadnych wskazówek, a histologiczne wykazuje tylko bardzo silny przerost nabłonka i częściowo także tkanki łącznej. Dolegliwości niewielkie, a chorych do lekarza sprowadza przedewszystkiem wygląd ócz, rzadziej swędzenie i lekka wydzielina nieżytowa spojówki. Zresztą niezawsze obie postacie, t. j. brodawkowa i pryszczykowa równocześnie się pojawiają, czasami właśnie tylko ta, którą Panom dziś przedstawiam, lubo badając ściśle, zwłaszcza przy pomocy lupy, dostrzeżemy również na rąbku spojówkowym drobniutkie wyniosłości różowe. Rokowanie dobre, bo choroba bez następstw, bez śladu znika. Leczenie wymaga przedewszystkiem oględności, by się nie posunąć do jakich rękoczynów operacyjnych. Wobec niejasności etyologii nie może też być mowy o środkach pewnych. Najwięcej jeszcze skute-

czna okazała się antypiryna w rozczynach 10—20%. Jak ona działa? Odkażający wpływ, który tu zresztą jest niewskazany, nie wchodzi w grę, jako bardzo słaby. Wyobrażam sobie, że silny chwilowy ból, wywołany zapuszczeniem, wywołuje kloniczny kurcz, równoważny miesieniu powiek. Chory przedstawiony dostawał jodynę na powieki, a do worka spojówkowego dioninę nie bez skutku, który zresztą pojawia się zwykle późno. Leczenia cierpienia opaskami nie mogłem przeprowadzać konsekwentnie, z powodu, iż chorzy, posiadający zresztą dobry wzrok i prawie żadnych nie mający dolegliwości, na tę mało przyjemną kuracyę nie chcieli się zgodzić lub umieli ją omijać. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zaznacza Prof. Bujwid, że według nowszych badań promienie pozafiołkowe nie przechodzą w głąb tkanek i działają tylko powierzchownie. Mogą więc sprowadzać zaburzenia na rogówce i twardówce, ale nie na wewnętrznej powierzchni powiek.

Prelegent: Winienem jeszcze zaznaczyć, iż na zapatrywanie Prof. Dimmera, jakoby światło silne, czyli ściślej, promienie pozafiołkowe, były powodem choroby, o tyle nie mogę się zgodzić, iż w takim razie przedewszystkiem te części powinny być chorobą dotknięte, które najwięcej na te promienie są narażone, t. j. spojówka gałkowa i rogówka, gdy ta część, którą Panowie u naszego chorego widzicie, t. j. spojówka tarczkowa pokryta od przodu skórą, mięśniami i chrząstką, chyba najmniej narażona jest na działanie światła. (Streszczenie własne).

Kol. Bannet: Do dokładnego opisu przypadku Prof. Wicherkiewicza dodam jeszcze ten szczegół, — który również ułatwia rozpoznanie, że cała powierzchnia spojówek ma wejrzenie mleczne, białawo-niebieskawe. I ja również stwierdzam, że ilość przypadków tego cierpienia, spostrzeganych ostatniego lata, znacznie przewyższa ilość z lat poprzednich, kiedy ani zima tak nie obfitowała w śnieg, ani lato nie było tak słoneczne, gorące. Co do leczenia, to oprócz zwykle używanych środków ściągających i poleconej przez Prof. Wicherkiewicza antypiryny stosuje się także celem łagodzenia swędzenia i światłowstrętu, kokainę i szkła ochronne. (Streszczenie własne).

2) Kol. Michał Kozłowski pokazuje przyrząd **Assmy-Mucha-Schramek,** którym wykonał przeszło 30 wlewań śródżylnych salwarsanu i poleca przyrząd ten ze względu na liczne zalety do praktyki prywatnej. Przyrząd ten jest odmianą przyrządu Assmyego, w którym na miejscu dwuprzewodowego kurka Posnera wstawione są dwa odpowiednio urządzone zaciskacze i rurka szklanna w kształcie litery λ, wzięte z przyrządu Muchy. Igła jest takasama, jak w przyrządzie Schrameka. Przyrząd, zestawiony w ten sposób ze składowych części trzech przyrządów, łączy w sobie ich zalety. Igła wchodzi do żyły już zmontowana z resztą przyrządu, odpada tu zatem nasadzanie węża na igłę już w żyle tkwiącą, coby mogło zmienić jej położenie w żyle. Krew nie wylewa się po przebiciu żyły na rękę chorego lub lekarza. lecz uchodzi boczną rureczką do szklannej probówki, połączonej z igłą. Osobne naczynie z rozczynem fizyologicznym soli pozwala na skontrolowanie prawidłowego wlewania się płynu do żyły przed wpuszczeniem salwarsanu oraz na gruntowne przepłukanie żyły po wlaniu salwarsanu, niezbędne dla usunięcia resztek tego środka, drażniącego ścianę żylną. Otwieranie i zamykanie odbywa się zapomocą zaciskaczy, utrzymujących się automatycznie w stanie zamkniętym lub otwartym. Aparat wyjaławia się przez wygotowanie w całości. Mimo pozornie złożonej budowy obsługa przyrządu jest bardzo prosta, a co najważniejsza jeden lekarz może wykonać wszystkie zabiegi bez żadnej asystencyi. (Streszczenie własne).

3) Kol. Borzęcki przedstawia ze swojego oddziału: a) chorego lat 16, ze sprawą chorobową, zajmującą cały policzek prawy i przechodzącą stąd w dalszym ciągu na okolicę szyi aż do rowka nadobojczykowego. Zajęte miejsca przedstawiają częściowo bliznę, w obrębie jej wiele ognisk wrzodziejących. Nos siodełkowato zapadły. Ani w obrębie blizn, ani w otoczeniu ognisk, guzków znaleść nie można. Przed 1½ rokiem był chory gdzieindziej z powodu swego cierpienia operowany. Odczyn Wassermanna, wykonany przez kol. Borzęckiego, dał wynik dodatni. Choremu podano jodek potasu i obecnie po 14 dniach wszystkie ogniska prawie zabliźnione; b) chorego, który przyjęty został wczoraj z powodu nawrotnych zmian kiłowych pod postacią wysypki plamisto-guzkowej na tułowiu. U chorego zrobiono w kwietniu 1911 w oddziale wstrzyknięcie śródmiąższowe salwarsanu. W lipcu 1911 z powodu nawrotu leczony był wstrzykiwaniami salicylanu rtęciowego. W dniu dzisiejszym zrobiono o godzinie 11 rano wstrzyknięcie śródżylne **salwarsanu** 0·40. Ciepłota najwyższa 37·3. Na skórze tułowia, kończyn górnych i części ud daje się zauważyć bardzo obfita żywo czerwona osutka, przypominająca pokrzywkę. Rozmieszczenie jednak osutki tylko w miejscach, gdzie były wykwity kiłowe, przemawia za tem, że jest to **bardzo silny odczyn miejscowy** w otoczeniu i w samych plamach i guzkach (odczyn Jarisch-Herxheimera). (Str. wł.).

4) Dyskusya nad odczytem kol. Prof. Krzyształowicza i kol. Dr Webera **o śródżylnych wlewaniach salwarsanu.**

Kol. Weber przytacza jako jeden z wielu podobnych dowodów, przeciw teoryi Wechselmanna przemawiający, 2 krzywe gorączek. U 2 chorych wlano z tego samego rozczynu salwarsanu jednemu 120 cm³, drugiemu 180 cm³; u tego, któremu wlano mniej, ciepłota podniosła się do 39·7°C., u drugiego zaś doszła zaledwie do 37·2°C. Dalej przytacza W. 4 krzywe podniesień ciepłoty ciała u 4 chorych, którym wlano rozczyn salwarsanu przyrządzony sposobem Wechselmanna, a u których mimo to wystąpiło podniesienie się ciepłoty dość znaczne: u trzech chorych powyżej 38°C., u jednego powyżej 39°C. (Streszczenie własne).

Prof. Bujwid proponuje dla oczyszczenia powietrza, które wtłacza się balonikiem do przyrządu Krzyształowicza, przepuszczać je przez rurkę, wypełnioną watą wyjałowioną. Co do wstrzyknięć śródżylnych, to najwięcej znaczy wprawa. Przy doświadczeniach na zwierzętach niejednokrotnie osiąga się dobre wyniki przy pewnej wprawie tam, gdzie ich poprzednio nie dało się uzyskać. U mężczyzn bardzo łatwo jest wprowadzać igłę do żyły łokciowej, — u kobiet jest to nieraz zupełnie niemożliwe. Co do odkażania, przyrządy i ich części, nie mogące ulegać wyjałowieniu parą, bardzo dobrze się oczyszczały przez wymycie alkoholem. Robiąc wiele wstrzyknięć zapomocą strzykawki z metalowym tłoczkiem, przekonał się B. o bardzo dobrem działaniu tego sposobu; powołuje się zresztą na odczyt, wygłoszony tutaj nad porównawczem działaniem środków odkażających w kwietniu tego roku. Alkohol 50% okazał najlepsze działanie. (Streszczenie własne).

Dr Rosenhauch: Zapatrywanie Wechselmanna wielu autorów przyjmuje sceptycznie (po części słusznie). R. zwraca uwagę, że spostrzeżenia kol. Webera nie stanowią stanowczego dowodu przeciw zapatrywaniu Wechselmanna, który sądzi, że powodem podnoszenia się ciepłoty po wstrzyknięciu salwarsanu są substancye białkowate, zawarte w rozczynie soli. Mogą tu wchodzić bowiem w grę, obok innych czynników, właściwości osobnicze, które sprawiają, że u jednych mniejsza dawka ciepłotę podnosi, gdy u drugich większa podniesienia ciepłoty nie powoduje. (Streszczenie własne).

Prof. Wicherkiewicz: Nad techniką stosowania salwarsanu nie będę się rozwodzić, gdy już pora późna. Zdaje mi się, że przyrząd i sposób wstrzykiwania przedstawiony przez kolegę Kozłowskiego, odpowiadać powinien najlepiej celowi. Lubo robiłem tysiące wstrzykiwań sublimatu do żył zawsze bez trudności technicznych, to zniewolony jestem przyznać się, iż wstrzykiwania żylne salwarsanu niezawsze mi się udają. By w takich razaeh jednak nie tracić płynu przygotowanego, wstrzykuję go ewentualnie do połowy chorym odpowiednim pod skórę w plecy i to w kilku miej-

scach w łącznej ilości 60—80 gr. płynu. Wstrzyknięcie takie jest mało bolesne i nie wywołuje żadnego miejscowego odczynu, a skutek bywa dobry, jak się znowu niedawno przekonałem na przypadku trachomy z podstawą kiłową. Przypadek ten, leczony bezskutecznie najrozmaitszymi środkami, szybko polepszył się po salwarsanie, jak to na innem miejscu o tem donosiłem. Teraz, gdy po kilku miesiącach nastąpił nawrót, salwarsan znowu wywarł tensam skutek. Że w zapaleniach rogówkowych miąższowych salwarsan niema znaczenia spodziewanego, o tem obszernie na kongresie w Paryżu mówiłem; podkreślam jednak tutaj raz jeszcze, że w tych razach, gdzie zapalenie połączone bywa z silnym światłowstrętem i unaczynieniem rogówek, salwarsan działa zadziwiająco szybko na usunięcie światłowstrętu i zaczerwienienia oka, ale na tem koniec. Dla usunięcia zamglenia rogówki trzeba dalszego leczenia przetworami rtęciowymi czy jodowymi. Wiele innych chorób ocznych, na podstawie kiły występujących, z dobrym skutkiem leczyliśmy salwarsanem, jak kilaki spojówki, porażenia nerwu okoruchowego, odwodzącego, zapalenia tęczówki i t. d. Tak niewątpliwie więc salwarsan okazuje się cennym nabytkiem, ale nie takim, by mógł zupełnie wyrugować inne wypróbowane środki. (Streszczenie własne).

Kol. Borzęcki zaznacza, że przyrząd, jakiego używa kol. Krzyształowicz do wlewań śródżylnych salwarsanu, jest pod każdym względem bardzo dobry. Co do strony technicznej zabiegu podnosi mowca, że zwłaszcza u kobiet z powodu silniej wykształconej podściółki tłuszczowej z jednej strony, a mniej szerokich żył z drugiej strony, natrafia się czasem na znaczne trudnośei przy wprowadzeniu igły do światła żyły. Igła do wkłucia powinna być dosyć gruba, co bardzo skraca czas wlewania. Mowca zrobił do tej pory 54 wlewań. Co do odczynu bezpośredniego po wlewaniu, to był on takim, jak go opisał kol. Krzyształowicz; prócz więc podniesienia ciepłoty, dreszczów, u kilku chorych wymiotów i biegunki, bólu głowy, żadnych innych objawów mowca nie spostrzegał. Co do wysokości ciepłoty, to mniej więcej u $^1/_3$ chorych podnosiła się ona do 39—40° C., u $^1/_3$ od 38—39° C., zaś u $^1/_3$ gorączki nie było. Działanie środka jako objawowe jest zadziwiająco szybkie; objawy na ogół ustępują niemal w tylu dniach, co dawniej przy leczeniu przetworami rtęciowymi tygodniach. Niewątpliwie są przypadki, w których działanie salwarsanu jest mało energiczne, nawet zawodzi, na dowód czego przytacza kol. B. kilka przypadków. Wlewania śródżylne mają niewątpliwie wyższość nad wstrzykiwaniami śródmiąższowemi, które dla chorych były bardzo przykre, wywołując bardzo silny odczyn zaraz po zabiegu, a później dając powód do nacieków, utrzymujących się całymi miesiącami. Chociaż jeszcze do tej pory wskazania co do tego, ile razy i w jakich odstępach czasu robić wlewania salwarsanu, nie są ścisłe, to jednak wydaje się pewnem, że należy środek ten stosować w każdym przypadku kiły, o ile niema wyraźnego przeciwwskazania. Tak zwanych neurorecydyw, występujących w kilka tygodni po wstrzykiwaniach salwarsanu, mowca nie spostrzegał do tej pory ani razu. Finger spostrzegał ich wiele (8%) i gdyby dalsze spostrzeżenia miały to potwierdzić, to okoliczność ta skłonićby musiała do większej przezorności w stosowaniu tego środka. (Streszczenie własne).

Kol. Kostrzewski: W świetle tłómaczenia powstawania gorączki po wstrzykiwaniach salwarsanu, jakie daje Szymanowski, zupełnie jest zrozumiałem, co podnosi Prof. Krzyształowicz w odczycie. Mianowicie: w tem większej liczbie przypadków i tem wyższa jest gorączka, im kiła świeższa; najczęściej i najsilniejsze wzniesienia ciepłoty widać przy stosowaniu salwarsanu w przypadkach kiły »kwitnącej« — tem zaś rzadsze i słabsze są wzniesienia ciepłoty, im kiła późniejsza, a w przypadkach zmian »metasyfilitycznych« podniesień ciepłoty niema wcale lub w bardzo małym odsetku przypadków, i to tylko bardzo słabe. Gorączka po wstrzykiwaniach salwarsanu jest odczynem ustroju na produkta rozpadu krętków, — ustrój zaś oddziaływa (ceteris paribus) tem silniej, im krętków w nim więcej, a więc najsilniej w kile kwitnącej. (Streszczenie własne).

Kol. Gertler: Przedstawiony przez Prof. Krzyształowicza przyrząd do wlewań śródżylnych odznacza się nadzwyczajną prostotą i jest bardzo praktyczny, ma jednak małą wadę, którą należałoby usunąć. Przez wprowadzenie powietrza balonem wprowadzamy także drobnoustroje do rozczynu salwarsanu, jak o tem łatwo się przekonać można, gdy zamiast salwarsanu damy wodę jałową, Z niej łatwo można wyhodować 12—15 kolonii drobnoustrojów, o czem się doświadczeniem przekonać mogłem. Wprawdzie rozczyn salwarsanu może działać zabójczo na te drobnoustroje, ale czas zadziałania podczas wlewań jest za krótki, aby drobnoustroje zostały zupełnie zniszczone przed wprowadzeniem ich wprost do krwi, co czasem niezupełnie może być obojętnem dla ustroju. Dla uniknięcia tego można umieścić przed kolbką przyrząd, podobny do przyrządu, podanego przez Prof. Bujwida dla badania powietrza, składający się z probówki, do której wprowadzono 2 rurki, a na dnie tej rurki umieszcza się płyn do odkażenia powietrza; zanim więc powietrze dostanie się do salwarsanu, musi przejść przez płyn odkażający i unikniemy wprowadzenia drobnoustrojów wprost do żył. (Streszczenie własne).

Kol. Prof. Reiss zaznacza, że spostrzeżenia kol. Prof. Krzyształowicza i kol. Webera, tak zajmujące w kierunku oceny odczynu, jaki występuje po wlewaniach śródżylnych salwarsanu, nie mogły niestety objąć kwestyi dla praktyków najważniejszej, a dotyczącej działania tej metody na bliższą lub dalszą metę w kierunku usuwania objawów kiłowych, względnie zapobiegania szybkim nawrotom. Brak tych spostrzeżeń tłómaczy się tem, że chodziło tu o chorych, którzy niemal bezpośrednio po ustąpieniu odczynu opuszczali klinikę, uniemożliwiając klinice dalsze śledzenie przebiegu choroby. Z około 160 przypadków wlewań żylnych, wykonywanych w tutejszej klinice aż do doby obecnej, zgłosiło się zaledwie kilku chorych po raz drugi celem dalszej obserwacyi sprawy chorobowej. Przyczynia się do tego niewątpliwie brak wszelkich powikłań po wprowadzeniu salwarsanu drogą żył, w przeciwieństwie do tak przykrych i długotrwałych nacieków po wstrzykiwaniach śródmięśniowych tego przetworu, które zmuszały chorych przeważnie do dłuższego znacznie przebywania w klinice lub skłaniały ich do częstszego pojawiania się u lekarza w stałych odstępach czasu. A obserwacye te byłyby przedewszystkiem wskazane w celu porównania wyników dotychczasowych w kierunku usuwania zmian kiłowych i zapobiegania wczesnym nawrotom, osiąganych metodą śródżylną, z wynikami, stwierdzanymi metodą śródmięśniową, zwłaszcza że coraz to częściej podnoszą się głosy w literaturze, jakoby wlewania śródżylne działały wprawdzie szybko i doraźnie, działanie to jednak jest szybko przemijające i w porównaniu do działania wstrzykiwań śródmięśniowych nietrwałe. Odnośni autorowie (między tymi Rille), opierając się na sporym materyale, odnoszą wrażenie z obserwacyi dotychczasowych, że wstrzykiwania śródmięśniowe, jakkolwiek tak często dla chorych przykre, zdołają jednak utrzymywać ustrój o wiele dłużej w atmosferze arsenu, aniżeli wlewania śródżylne przetworu, choćby nawet w dawkach wysokich. Mowca odnosi wrażenie, że da się tu wprowadzić w analogię różnica, jaka zachodzi pomiędzy wprowadzeniem soli rtęciowych rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych. Działanie pierwszych jak wiadomo szybkie, ale też i przemijające, musi też być często powtarzane, jeżeli chcemy liczyć na wynik na dalszą metę, dlatego że przetwór w danym rozczynie wprowadzony wprost do krążenia działa doraźnie, ale też nader szybko ustrój opuszcza. Kromayer pojmuje sprawę działania przetworu, wprowadzonego drogą wlewań, również w podobny sposób i zdając sprawę z odnośnych obserwacyi, opartych na dużym materyale, na zjeździe w Karlsruhe, oświadcza, że tylko często powtarzane wlewania śródżylne uważa za metodę należytego leczenia salwar

sanem. Autor ten powtarza wlewania po 0·2 do 0·3 na dawkę co 2 do 3 dni dopóty, dopóki nie dojdzie do 5 gramów salwarsanu u jednego chorego. Jak wiadomo, i po tych dawkach, stosowanych tą metodą, stwierdzano nawroty najrozmaitszych postaci kiły i dlatego mowca oświadcza, że jak z jednej strony dalekim jest, jak już zresztą przed rokiem z tego samego miejsca miał sposobność zaznaczyć, od entuzyazmu w kierunku tak przedwcześnie reklamowanej możliwości wyjałowienia ustroju, tak z drugiej strony musi się zastrzedz, że dziś nie pora jeszcze do wypowiadania stanowczego zdania w sprawie działania tej metody leczenia na dalszą metę. Potrzeba na to całego szeregu lat, po upływie których będziemy mieli sposobność przekonać się, jakie wyniki osiągnięto u chorych, leczonych dzisiaj wyłącznie powyższą metodą przez czas dłuższy lub krótszy. Mowca zaznacza, że przyjmuje obecnie do kliniki tylko tych chorych kiłowych, którzy przez dłuższy okres czasu w klinice przebywać mogą i rozpoczyna leczenie jednem wlewaniem śródżylnem salwarsanu w dawce 0·4, poczem przeprowadza normalne leczenie t. zw. główne rtęcią, najczęściej drogą kilku wlewań miąższowych salicylanu rtęciowego. Przed opuszczeniem kliniki chorzy otrzymują jeszcze jedno wlewanie salwarsanu w dawce równej poprzedniej. Mowca uważa, że takie »traitement mixte« zbliża się chyba najwięcej do leczenia idealnego kiły, a jeżeli materyał odnośnych chorych pozwoli mowcy po pewnym okresie czasu, na poczynienie pewnych obserwacyi w kierunku dalszego przebiegu choroby, nie omieszka mowca podzielić się swemi spostrzeżeniami z kolegami. (Streszczenie własne).

Nadto zabierali głos kol. Szymanowski i prelegent.

Sekretarz doroczny: Dr Grzybowski.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

73. Ogólne Zebranie w d. 30. września 1911.

Przez aklamacyę na przewodniczącego wybrany został kol. Przychodzki, poczem

I. Kol. Fidler zwrócił się do kol. Jubilata Przychodzkiego i obecnych z następującem przemówieniem:

»Szanowni Panowie! W dniu 22. czerwca b. r. nasz Szanowny w dniu dzisiejszym Przewodniczący, kolega Jan Przychodzki, skończył 50 lat pracy lekarskiej. Nikt bardziej od nas, współtowarzyszy Szanownego Jubilata, nie odczuwa ciężaru zawodu praktycznego lekarza, zmuszonego do wytężającej pracy bez względu na siebie i osobiste swoje potrzeby. To też 50-letnia służba lekarska społeczeństwu sama przez się zasługuje na wysokie uznanie ze strony najbliższych świadków i współpracowników Szanownego Jubilata. W ciągu półwiekowego okresu kol. Przychodzki zajmował stanowiska: ordynatora szpitala starozakonnych od 1862 do 1895 r., lekarza powiatu radomskiego od r. 1862 do 1887, a następnie lekarza miasta Radomia od r. 1886 do 1895. Piastował też przez szereg lat urząd honorowy radnego magistratu m. Radomia. Należy podnieść z uznaniem, iż Szanowny Jubilat bez względu na rozległą praktykę i zajęcia urzędowe znajdował dość czasu, aby pilnie śledzić postępy wiedzy lekarskiej z ojczystego piśmiennictwa. Szczerze się zajmował higieną, wynikiem czego była praca »O stanie sanitarnym m. Radomia«, drukowana w »Zdrowiu« przed pięciu laty. Dawał też chętny posłuch wszelkim nowoczesnym kierunkom w medycynie i nie stawiał żadnej tamy swym młodszym współpracownikom w stosowaniu nowoczesnych metod badania i leczenia. Temu też osobiście zawdzięczam możność czynienia dokładnych spostrzeżeń o działaniu surowicy przeciwbłoniczej w r. 1894 i następnych, gdyż ówczesny mój szef, a dzisiejszy Szanowny Jubilat chętnie udzielał miejsca w szpitalu starozakonnych moim chorym.

Stawał też Szanowny Jubilat w pierwszym szeregu do zbiorowej pracy lekarskiej. Gdy przed kilkudziesięciu laty nasi poprzednicy w Radomiu powzięli myśl wspólnej pracy naukowej, którą należało prowadzić prywatnie wskutek niemożności zorganizowania się, kol. Przychodzki gorąco sprawę popierał, jak o tem świadczą akta przechowywane w archiwum naszego Towarzystwa i w pracy znaczny udział przyjmował. To samo powtórzyło się, gdy około 1891 r. młodsza generacya lekarzy przystąpiła do wskrzeszenia ówczesnych prywatnych posiedzeń lekarskich. Widzimy też Szanownego Jubilata w gronie członków Towarzystwa lekarskiego radomskiego od pierwszych chwil jego założenia i świadczyć możemy, iż pomimo posuniętego wieku nie obcym jest żadnej sprawie, czy to naukowej, czy to bytowej. Przypomnę też tutaj, iż Szanowny Jubilat gorąco popierał akcyę zwalczania alkoholizmu, agitując w tym kierunku przy pomocy odczytów. Przypomnę zarówno, że sprawa budowy uzdrowiska dla suchotników w ziemi Radomskiej była i jest ukochaną myślą Szanownego Jubilata, który na cel ten ofiarował dochód z powyższych odczytów. Do ostatniej chwili niósł kaganiec oświaty wśród ciemnych rzesz, podjąwszy się sprawy odczytowej z anatomii i fizyologii w Stowarzyszeniu robotników chrześcijańskich. Godna to podziwu młodzieńcza energia, żądza wiedzy i pracy w chwili, gdy zdawaćby się mogło, iż troski o drobne codzienne potrzeby i wygody w tym wieku zagłuszą wszelki pęd do spraw natury nieosobistej. To też Towarzystwo lekarskie radomskie, w imieniu którego mam zaszczyt przemawiać, składając hołd Szanownemu Jubilatowi i swemu członkowi, w uznaniu 50-letniej pożytecznej pracy lekarskiej, i jednocześnie życzenia długiego życia i zdrowia, prosi o cenne współpracownictwo oraz o przyjęcie skromnego upominku w postaci tej oto grupy pamiątkowej«.

II. Kol. Przychodzki po wręczeniu mu przez prezesa Towarzystwa lekarskiego radomskiego grupy koleżeńskiej i złożeniu powinszowań i życzeń jubileuszowych odpowiedział, jak następuje:

»Wzruszenie, jakiego w tej najuroczystszej życia mego dobie, w dniu obchodu dnia jubileuszowego, doznaję, widząc Was, Szanowni Panowie i Koledzy, zebranych tu, aby okazać mi atencyę uznania półwiekowej mej pracy lekarskiej i słysząc Szanownego Prezesa naszego Towarzystwa, kolegi Dr Fidlera, zwrócone ku mnie słowa, za które składam Mu moje podziękowanie, fizycznie i duchowo złamany ciosami, jakie mnie dotknęły przez stratę drogich mi osób: ś. p. żony i w sile wieku jedynego syna — wzruszenie, powtarzam, nie pozwala mi wynurzyć Wam w całej pełni uczuć wdzięczności, jaką w tej chwili serce moje jest przejęte. Pozwolicie zatem, że w odpowiedzi ograniczę się kilkunastu słowy: Pół wieku, to ogrom czasu, to całe prawie życie ludzkie, a w szczególności życie lekarza wśród ciężkich i trudnych jego zadań zawodowych.

Przed pół wiekiem szkoła, która zaledwie po dojściu mej pełnoletności dała mi miano lekarza, jednocześnie udzieliła mi i ideał nauki czystej, niezabarwionej przymieszkami obcych tendencyi, ideał, podniesiony ongi do najwyższych szczytów. Ideał ten troskliwie pielęgnowany starałem się zachować aż po dzień dzisiejszy i ten mi był gwiazdą przewodnią, jak w życiu, tak i półwiekowej mej pracy. Przez cały ten okres życia nie zabiegałem o ambitne cele, lecz byłem skromnym pracownikiem, postawionym na straży zdrowia i życia mieszkańców kochanego miasta i jego okolic, oraz stróżem zdrowia publicznego. Nie zaznaczyłem zatem tych zasług, jakimi łaskawy mówca mnie obdarza, bo jeśliby cokolwiek mi za zasługę poczytać można, to tylko to, żem nigdy nie usiłował wyjść poza granicę mego uzdolnienia i sumienne wykonywanie przyjętych na siebie obowiązków. Po ukończeniu studyów lekarskich w Moskwie 1861 r. powróciłem do miasta, gdzie udzielono mi głównych podstaw do zdobycia wiedzy. Jako bardzo młody lekarz, pełen energii i zapału, pragnąłem poświęcić się praktyce lekarskiej; jako lekarz prowincyonalny, zdala od ognisk nauki, zdala od pracowni lekarskich, wówczas jeszcze u nas nieznanych, nie mogłem oddać się obejmowaniu szerokich horyzontów, zadań naukowych i analityczno-krytycznemu ich pogłębieniu. Z konieczności zakres mej działalności naukowej ograniczyć musiałem do badań i obserwacyi chorych w szpitalu i w tym celu wstąpiłem do szpitala św. Kazimierza, gdzie pod kierunkiem zdolnego, światłego lekarza, ś. p. Emila Gosławskiego, wspólnie z nim pracując, korzystałem z jego rad, opieki i wskazówek, za co składam hołd jego pamięci; w miarę nabywanej wiedzy i doświadczenia niosłem pomoc cierpiącym w praktyce prywatnej lekarskiej. W rok potem powołany zostałem do kierowania samodzielnie szpitalem starozakonnych w Radomiu, a jednocześnie powierzono mi spełnianie obowiązków lekarza powiatu radomskiego. Była to praca uciążliwa, częstokroć połączona z wielkiemi przykrościami, wyczerpująca, lecz wobec energii życiowej i zamiłowania do pracy — była mi istotną okrasą i szczęściem życia i sama w sobie stanowiła już dla mnie nagrodę, a przytem nauczyła mnie kochać ludzi bez względu na ich przymioty i wady.

Dziś, gdy niespracowaną jeszcze myślą spoglądam na zastęp mężów wiedzy lekarskiej, talentu i benedyktyńskiej pracowitości, widzę, jak wobec nich jestem malutkim i drobnym pył-

kiem, czuję, że mi rosną skrzydła do dalszego jeszcze lotu, spostrzegam jednak, że siły wiekiem i troską życiową stargane każą mi myśleć, że nastał dla mnie już mrok wieczorny, który wkrótce zamieni się w noc ciemną, skłaniającą do spoczynku, ale do spoczynku już wiecznego.

W tej jednak najpiękniejszej chwili życia mego błogosławię Opatrzność, że mi pozwoliła jej dożyć, a wraz z nią łączy się i wdzięczność dla Was, Szanowni Panowie i Koledzy, że pozwoliliście mi schylić się po ten wianuszek nagrody, uwity z Waszej dobroci serca i łaskawości. Oto wszystko, na co w tej chwili zdobyć się mogę. Raczcie wszyscy przyjąć moje najserdeczniejsze podziękowanie w krótkich słowach: »Bóg Wam zapłać« wraz z życzeniem, aby każdego z Was taka szczęśliwość, jaka dziś mnie spotkała, była i Waszym udziałem i abyście jej doczekali w dobrem zdrowiu... ad multos annos. Wreszcie niech mi wolno będzie złożyć Wam serdeczną podziękę za upominek, jakim z waszych podobizn zostałem obdarowany; będzie on dla mnie miłem wspomnieniem wspólnej pracy zawodowej i długich chwil, z wami przeżytych w zgodzie i przyjaźni koleżeńskiej, które zawsze umiałem cenić i cenię i proszę, chciejcie mi je zachować i nadal po najdłuższe dni życia mojego.

W zakończeniu mego przemówienia zwracam się jeszcze z jedną prośbą już do zarządu i członków Towarzystwa lekarskiego. Wiadomo nam wszystkim, jak ciężką klęskę ponoszą narody, a nasz w szczególności pod postacią najgroźniejszej choroby, jaką jest gruźlica. Pragnąc przyjść ze skromną pomocą w tej niedoli ludu naszego z okazyi dnia jubileuszu mojego złożyłem skromny fundusik 150 rb. Towarzystwu higienicznemu warszawskiemu, jako jedynej u nas instytucyi, mogącej skutecznie myśl moją i projekt zamienić w konkretną formę, na założenie uzdrowiska ludowego dla biednych chorych gruźliczych ziemi radomskiej. Zaproponowałem na to miejscowość już o pewnym rozgłosie, jako stacyi klimatycznej leśnej w dobrych i odpowiednich warunkach higienicznych, Garbatkę, położoną na pograniczu czterech guberni, przy stacyi kolei Nadwiślańskiej tejże nazwy. Towarzystwo higieniczne warszawskie przekazało tę pierwszą cegiełkę Oddziałowi w Radomiu, który wyraził chęć zajęcia się poparciem tej mojej inicyatywy, a korzystając z moich wskazówek, przyobiecał wystąpić do Władzy o udzielenie gruntu w lasach rządowych. Was zaś, Szanowni Panowie, Członkowie Towarzystwa lekarskiego, upraszam o poparcie, a przez stosunki i wpływy o pobudzenie mieszkańców ziemi radomskiej do ofiarności, a mam to niezłomne przekonanie i nadzieję, że wskutek nich popłyną w tym celu składki i ofiary, a tym sposobem, daj Boże, może w niedalekiej przyszłości powstanie tak pilna i niezbędna lecznica ludowa, w której nieszczęśliwi chorzy już jeżeli niezupełnie zdrowie, to przynajmniej podtrzymanie życia i zdolności do dalszej pracy odzyskać będą mogli«.

III Kol. Pełczyński szczegółowo omawia sprawę założenia przytułku położniczego i odczytuje projekt ustawy, który brzmi:

Ustawa Towarzystwa przytułku położniczego w Radomiu.

Towarzystwo ma na celu: 1) Zapewnienie bezpłatnej pomocy lekarskiej ciężarnym, rodzącym i położnicom oraz przybyłym na świat w przytułku niemowlętom. 2) Praktyczne przygotowanie kobiet t. zw. babek wiejskich do niesienia pomocy rodzącym na wsi.

Skład Towarzystwa: Towarzystwo składa się z nieograniczonej liczby osób płci obojga, wszystkich stanów, zawodów i wyznań. Członkami mogą być wszyscy nie wyłączeni przez prawo od udziału w towarzystwach zalegalizowanych. Członków przyjmuje się bez balotowania. Członkowie dzielą się na: rzeczywistych, opłacających minimum rb. 6 rocznej składki, na honorowych, wybieranych przez Ogólne Zebranie za szczególne zasługi oddane Towarzystwu lub za przyczynienie się znaczną ofiarą do podniesienia funduszów Towarzystwa i na członków ofiarodawców, opłacających corocznie nie mniej, niż rubla. Członkowie, nieopłacający składki w ciągu roku, zostają wykreśleni z liczby członków Towarzystwa z zachowaniem wszakże prawa ponownego doń wstąpienia.

Fundusze Towarzystwa tworzą się: a) ze składek członkowskich, b) z ofiar, składanych na rzecz Towarzystwa oraz zbieranych do puszek, c) z zapisów testamentowych, d) z dochodów urządzanych przez Towarzystwo przedstawień amatorskich, wieczorów literackich, odczytów, koncertów itp., e) z $^0/_0$ od kapitałów, jakimi może rozporządzać Towarzystwo. Wszystkie wpływające do Towarzystwa sumy z przeznaczenia swego dzielą się na kapitały: żelazny i obrotowy. Kapitał żelazny powstaje z ofiar i innych wpływów, dokonanych z zastrzeżeniem nietykalności. Kapitał obrotowy powstaje z wszystkich innych sum oraz z $^0/_0$ od kapitału żelaznego.

Zarząd Towarzystwa: Kierownictwo Towarzystwa, zawiadywanie instytucyami i interesami należy: a) do Zarządu Towarzystwa, b) do Ogólnego Zebrania. Zarząd składa się z prezesa, zastępującego, sekretarza, skarbnika, dwu członków Zarządu i ordynującego lekarza. Członkowie Zarządu wybierani są na Ogólnem Zebraniu. Pierwszy Zarząd zostaje wybrany na trzy lata, przyczem skład jego odnawia się co rok o $^1/_3$ część w ciągu pierwszych dwu lat przez balotowanie, a następnie na mocy starszeństwa, przyczem ustępujący mogą być ponownie wybrani. Na wypadek dłuższej nieobecności lub ustąpienia członków Zarządu przed terminem — Zebranie Ogólne wybiera na taki sam okres czasu dwu kandydatów. Kandydat wstępujący do Zarządu pozostaje w nim do terminu, na który był wybrany członek Zarządu. (Uwaga. Członka Zarządu, nie biorącego udziału w posiedzeniach w ciągu 6 miesięcy, uważa się za zrzekającego się swych obowiązków w Zarządzie).

Zarząd zbiera się na posiedzenia przynajmniej raz na miesiąc na zaproszenie prezesa albo też na żądanie przynajmniej $^1/_3$ członków Zarządu. Dla prawomocności posiedzenia Zarządu konieczną jest obecność przynajmniej połowy członków prócz przewodniczącego. Uchwały Zarządu zapadają większością głosów obecnych na posiedzeniu członków. W razie równości głosów głos przewodniczącego przeważa.

Obowiązki Zarządu są następujące: a) Zarząd wybiera z pośród siebie prezesa, wiceprezesa, skarbnika i sekretarza oraz rozdziela czynności pomiędzy sobą, b) stara się o powiększenie funduszów Towarzystwa i możliwe osiągnięcie jego celów, c) zarządza majątkiem i kapitałami Towarzystwa, d) wybiera i uwalnia funkcyonaryuszów przytułku: lekarza, akuszerkę i niższą służbę, e) ma nadzór nad prawidłowem pełnieniem obowiązków przez osoby, znajdujące się na służbie przytułku, f) prowadzi listę członków, g) ma nadzór nad wpływaniem we właściwym czasie rocznych składek członkowskich i wykreślaniem z listy osób na mocy § 7, h) ustanawia sposób rachunkowości i prowadzenia kancelaryi Towarzystwa, i) koresponduje z instytucyami i osobami w imieniu Towarzystwa, j) zwołuje Ogólne Zebranie, k) sporządza i przedstawia do zatwierdzenia Zebrań Ogólnych roczne budżety i sprawozdanie o funduszach i działalności Towarzystwa, l) wypełnia uchwały Towarzystwa, ł) rozpatruje wnioski poszczególnych członków Towarzystwa.

Prezes Zarządu zaprasza członków na posiedzenie Zarządu i Zebranie Ogólne, kieruje obradami na posiedzeniach Zarządu, pilnuje wykonania ustawy oraz postanowień Zarządu, Zebrań Ogólnych, tudzież ma nadzór nad ogólnym biegiem spraw. Na wypadek choroby lub nieobecności prezesa prawa jego i obowiązki przelewają się na wiceprezesa. W razie nieobecności i tego ostatniego na posiedzeniach Zarządu przewodniczy jeden z obecnych członków po wspólnem między nimi porozumieniu. Zarządowi przysługuje prawo zapraszania na posiedzenia osób nienależących do jego składu, a nawet zupełnie obcych Towarzystwu, których udział jednak przy decydowaniu spraw może być pożądany.

Zebrania Ogólne: Zebrania ogólne bywają: zwyczajne i nadzwyczajne. Zebranie zwyczajne zwołuje się przynajmniej raz na rok; nadzwyczajne w razie potrzeby dla zdecydowania spraw pilnych, nie zdecydowanych przez Zarząd lub przekraczających jego atrybucyę na żądanie Zarządu lub $^1/_{10}$ liczby członków. Zebrania Ogólne zagaja prezes Zarządu. Na przewodniczącego Zebraniu Ogólnemu zgromadzeni każdorazowo wybierają jednego z członków. Gdy na Zebraniu Ogólnem rozpatruje się sprawozdania Zarządu lub skargi na jego działalność, prezydującym Zebraniu nie może być osoba należąca do Zarządu. Zebranie Ogólne uważa się za prawomocne, o ile bierze w niem udział nie mniej niż $^2/_3$ członków Towarzystwa przy decydowaniu spraw co do nabycia lub sprzedaży nieruchomości, co do zmiany ustawy, co do wykreślenia z listy Towarzystwa członków, których działalność jest szkodliwa dla interesów Towarzystwa, co do ponownego przyjęcia wykreślonych do składu Towarzystwa; co do zwinięcia Towarzystwa konieczną jest obecność na Zebraniu $^1/_2$ członków Towarzystwa. Skoro zebranie nie nastąpi skutkiem nieprzybycia tej liczby członków, zwołuje się je powtórnie, nie wcześniej jednak, jak za tydzień dla zdecydowania tychże spraw i Zebranie to uważa się za prawomocne bez względu na liczbę obecnych członków, o czem w ogłoszeniach o Zebraniu uprzedza się członków.

Sprawy na Zebraniach Ogólnych rozstrzyga się większością głosów z wyjątkiem spraw, dotyczących sprzedaży i nabycia

nieruchomości, zmiany lub dopełnienia ustawy, zwinięcia Towarzystwa, wykreślenia z listy tych członków, których działalność nie odpowiada jego interesom, do których decydowania wymaganą jest zgoda $^2/_3$ obecnych na Zebraniu członków. Wszystkich wyborów dokonywa się na Zebraniach zapomocą balowania tajnego.

Do zadań Zebrań Ogólnych należy: a) Wybór przewodniczącego na Zebraniu Ogólnem, członków honorowych Towarzystwa, członków Zarządu i Komisyi rewizyjnej tudzież kandydatów, b) zatwierdzanie sprawozdania rocznego o funduszach i działalności Towarzystwa, budżetów na rok następny i wniosków Komisyi rewizyjnej, c) rozstrzyganie co do zmiany lub dopełnienia ustawy, d) uchwały co do nabywania lub sprzedaży nieruchomości, c) decydowanie co do zwinięcia Towarzystwa, f) rozpatrywanie wszystkich wogóle spraw, przedstawionych przez Zarząd, Komisyę rewizyjną lub przez poszczególnych członków Towarzystwa.

Komisya rewizyjna składa się z trzech członków, wybieranych co rok przez Zebranie Ogólne. Przewodniczącego Komisyi rewizyjnej, wybierają z pośród siebie członkowie tejże. W razie choroby dłuższej lub nieobecności członka Komisyi rewizyjnej skutkiem ustąpienia przed terminem wybierani są dwaj kandydaci w takim samym porządku i na takiż termin. (Uwaga. Stanowiska członków Zarządu i członków Komisyi rewizyjnej nie mogą być łączone ze sobą).

Komisya rewizyjna obowiązana jest kontrolować majątek, księgi Towarzystwa oraz ma prawo wydawania opinii co do celowości wydatków. Do obowiązków jej należy także sprawdzanie sprawozdania rocznego i budżetów Towarzystwa. W tym celu Zarząd udziela Komisyi sprawozdania i budżetu, nie później jednak, jak na 2 tygodnie przez Zebraniem Ogólnem, na którem mają być zatwierdzone. Rewizyi dopełnia prezes Komisyi w obecności przynajmniej jednego jej członka i o rezultacie swej działalności Komisya komunikuje Zebraniu Ogólnemu. O rezultacie rewizyi członkowie zamieszczają swe uwagi w przejrzanych przez się książkach.

Towarzystwo ma prawo nabywać sposobem przez prawo dozwolonym nieruchomości, sprzedawać je, zawierać wszelkiego rodzaju umowy oraz bronić swych interesów w sądzie za pośrednictwem pełnomocników. W razie rozwiązania Towarzystwa wszystkie fundusze i majątek przechodzą na własność jednej lub kilku instytucyi społecznych, wskazanych przez Ogólne Zebranie.

Dyskusyę odłożono do następnego zebrania.

IV. Kol. Fidler odczytał rzecz: **Zarys dziejów leczenia gruźlicy oraz przewidywania na przyszłość.** (Pracę tę przedstawił kol. Fidler na Zjeździe łódzkim w czerwcu br.).

Członek Zarządu sekretarz: T. Rakowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Krajowa Rada Zdrowia we Lwowie zajmowała się na posiedzeniu w d. 11. listopada 1911 następującemi sprawami: okręgi akuszeryjne w Brzeżańskiem, docentura higieny w seminaryum naucz. męzkiem we Lwowie, Zakład kąpielowy w Nowosielcach, Zakład w Krościenku jako uzdrowisko, taksa szpitalna w Podhajcach.

— Kalendarz lekarski krakowski z powodu dalszych ulepszeń i uzupełnień ukaże się w roku bieżącym, jak się dowiadujemy, nieco później, niż zwykle, mianowicie z końcem listopada.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. X. do 4. XI. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 16 † 5 (w tem obcych 10 † 3), krztuśca 4, ospy wietrznej 3, płonicy 27 † 2 (2 † —), odry 14 † 2, duru brzusznego 10 † — (4 † —), czerwonki 1, róży 2 † 1.

Dr Janiszewski.

Warszawa. Przy warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy powstała Komisya przemysłowo-lekarska (na zasadzie punktu 4 lit. C. W. S. L.). Komisya dzieli się na 2 wydziały, a mianowicie: wydział informacyjno-pośredniczący i wydział orzeczeń zawodowo-lekarskich.

Wydział informacyjno-pośredniczący: 1) udziela członkom W. S L. wskazówek i informacyi w sprawie nabywania przyrządów i narzędzi lekarskich, książek, pism, podręczników itp., środków i przetworów leczniczych, wód mineralnych itd. 2) Wydział pośredniczy pomiędzy wytwórcami, ewent. handlującymi przedmiotami użytku lekarskiego, a nabywcami-członkami W. S. L., a to przez nawiązanie stosunków bliższych z tymi wytwórcami ew. handlującymi, oraz uzyskiwanie pewnych umówionych bliżej ustępstw dla członków W. S. L.' (Pożądane jest wchodzenie w stosunki przedewszystkiem z wytwórcami krajowymi). 3) Wydział może pośredniczyć pomiędzy członkami W. S. L. w sprawach kupna i sprzedaży przedmiotów użyteczności lekarskiej. 4) W celu tem łatwiejszego spełniania zadań powyższych, wydział gromadzi cenniki, katalogi, okazy i wykazy cen rozmaitych przedmiotów użyteczności lekarskiej i może urządzać wystawy i pokazy przedmiotów tego rodzaju.

Wydział orzeczeń zawodowo-lekarskich. 1) Zajmuje się wydawaniem orzeczeń, opinii i ocen odnośnie do danych przedmiotów użyteczności lekarskiej, przetworów leczniczych, środków farmaceutycznych itp., dopuszczonych do obiegu handlowego i wytwarzanych przez producentów, przedewszystkiem krajowych, upoważnionych przez władze państwowe do wprowadzenia tych środków i przetworów do handlu. Żadnych leków o nieznanym składzie chemicznym, jak niemniej żadnych tak zwanych środków uniwersalnych, a także przetworów, które jako objęte farmakopeą, każda apteka sporządzać według przepisu lekarza powinna, wydział do oceny nie przyjmuje. 2) Wydział podejmuje się przeprowadzenia ocen, bądź na życzenie producenta, bądź z inicyatywy własnej, oraz członków W. S. L. 3) Wydział wydaje orzeczenia po przeprowadzeniu odnośnych badań przez jej członków lub przez innych znawców z łona lub poza stowarzyszonymi przez nią powołanych.

Regulamin komisyi przemysłowo-lekarskiej jest następujący: 1) Komisya składa się z 12 członków W. S. L., powołanych przez Zarząd W. S. L. corocznie. Ci wybierają z pośród siebie biuro (przewodniczącego, jego zastępcę, oraz sekretarza). 2) Po ustąpieniu jednego z członków Zarząd W. S. L. na przedstawienie Komisyi powołuje na jego miejsce innego. 3) Członek Komisyi, który przez 2 miesiące nie był na żadnem posiedzeniu, temsamem uważać się powinien za składającego mandat. 4) Komisya składa szczegółowe sprawozdanie ze swych czynności corocznie na zebraniu ogólnem członków W. S. L. 5) Wnioski i orzeczenia Komisyi przedstawiane są Zarządowi W. S. L. 6) Wnioski i orzeczenia komisyi, przez biuro komisyi odpowiednio zredagowane i przez komisyę in pleno, oraz przez Zarząd W. S. L. zaaprobowane, mogą być publikowane w sposób i w formie przez komisyę za odpowiednie uznane, które obowiązują bezwarunkowo producentów. 7) Producenci, pragnący poddać swe wytwory orzeczeniom komisyi, podpisują odpowiednie deklaracye, każdorazowo przez komisyę układane. 8) Komisya władna jest cofnąć raz wydane przez siebie orzeczenie, gdy znajdzie po temu słuszne powody. 9) Wszelkie koszta, związane z wydawaniem orzeczeń, na zasadzie uznanych przez komisyę za konieczne badań, pokrywane są przez producentów.

Do komisyi przemysłowo-lekarskiej na rok bieżący powołani zostali przez Zarząd Stowarzyszenia następujący członkowie: Borzymowski, Bregman, Dydyński, Gruszczyński, Gurbski, Jaworski, Knappe, Kucharzewski, Reut, Rzętkowski, Starkiewicz i Wielobycki. W skład biura weszli: Kucharzewski jako przewodniczący, Borzymowski jako zastępca, Knappe jako sekretarz. Komisya rozesłała do wszystkich firm warszawskich oraz zagranicznych, mających przedstawicielstwa w Warszawie, odpowie-

dnie listy, oraz zajęła się gromadzeniem cenników i katalogów firm krajowych i zagranicznych. W. K.

Z różnych stron. Spadkobiercy milionera Bleichrödera złożyli Towarzystwu lekarzy i przyrodników niem. kwotę 100.000 marek, z których odsetki mają być obrócone na popieranie prac z dziedziny medycyny i przyrody, podejmowanych przez osoby nie mogące korzystać z zakładów dobrze urządzonych. Wykluczeni są wobec tego z tej fundacyi kierownicy i pracownicy klinik i zakładów, z wyjątkiem nadzwyczajnych okoliczności. X.

Mianowani w austryackim lekarskim korpusie wojskowym generałami-lekarzami: Dr Br. de Berier Longschamps szef sanitarny XI korpusu, Dr Zdz. Juchnowicz-Hordyński w Wiedniu; st. lek. sztabowymi: Dr E. Karchezy i L. Szyjkowski; lekarzem sztabowym: Dr J. Tokarski w Przemyślu, Dr B. Gesang w Rzeszowie; star. lek. w rezerwie: Dr J. Allerhand, Dr Zd. Kotiers, Dr Rendelstein, Dr Ig. Wiesar.

Zmarli: Dr Ignacy Koziejowski w 72 r. ż. w Lublinie; anatom Prof. Stöhr w Würzburgu.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 22. listopada 1911 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Prof. Bujwid: Bakteryologiczne badania wody w rzece Wiśle na długości 200 klm. poniżej Krakowa. 2) Prof. N. Cybulski i Dr Surzycki: Objawy elektrokardyograficzne przy pericarditis exsudativa.